

349

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE N° —

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1901, à 1 heure

PAR

René CHIRON DU BROSSAY

Né à Angers (M. et L.) le 17 octobre 1875

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES A ENTOZOAIRE

DE L'ORBITE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

BONNAIRE et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE N°

349

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1901, à 1 heure

PAR

René CHIRON DU BROSSAY

Né à Angers (M. et L.) le 17 octobre 1875

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES A ENTOZOAIRES
DE L'ORBITE**

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

BONNAIRE et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale.....		PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie..		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		N...
		CHANTEMESSE
		DEBOVE
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....		GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale.....		JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		TERRIER
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY
		LE DENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
Clinique d'accouchement.....		PINARD
		BUDIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A mon Grand-Père

A ma Grand'Mère

A mon Père et à ma Mère

A mes Frères et Sœur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Le Dentu

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Contribution à l'étude des Kystes à Entozoaires de l'Orbite

Introduction

La connaissance du kyste hydatique est d'une date relativement récente. Les auteurs anciens avaient bien observé les vers vésiculaires qui donnaient naissance à ces kystes, mais ils ignoraient l'existence propre de ces êtres. Jusqu'à l'époque où leur animalité fut découverte et prouvée d'une manière irréfutable, les kystes vésiculaires n'étaient point distingués des kystes séreux, et comme eux, ils étaient regardés comme des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques ou sanguins, ou bien comme un mode particulier d'altération du tissu cellulaire.

Ce fut en 1685 que pour la première fois Hartmann soupçonna la vitalité des entozoaires cystiques ; mais cette notion n'entra point dans le domaine scientifique avant la fin du XVIII^e siècle. Goëze en 1782 examinant des hydatides que lui avaient envoyées Meckel y trouva un ver qu'il nomma : *Tœnia visce-*

ralis granulosa. En 1804 Brera décrivit d'après Goëze ce ver sous le nom de *Fina idatoïde*, sans dire qu'il l'eût lui-même rencontré. A cette époque Laënnec décrivit un kyste d'une forme spéciale, et créa le nom d'acéphalocyste. En 1821, Bremser publia ses travaux et ses découvertes, et confirma l'existence des entozoaires. Mais on regarda pendant longtemps encore comme très rare la présence d'un ver dans les kystes, et si nous trouvons souvent le mot *Hydatide* dans la littérature médicale, il ne faut pas y voir autre chose qu'une vésicule, sans préjuger de sa nature et de son contenu : l'hydatide ne désigne pas un produit pathologique, et n'est appliqué à aucun ver vésiculaire. C'est ainsi que pour Sichel (1), kystes hydatiques et kystes séreux sont synonymes.

En 1877, Davaine (2), dans son remarquable traité, fixe enfin la nature de la vésicule hydatique en la considérant comme une phase du développement d'un ver cestoïde, vivant par elle-même, se reproduisant par voie de bourgeonnement, et sous la même forme pendant deux, trois, quatre générations et finissant par donner naissance à sa surface interne et par l'intermédiaire d'une membrane propre à des échinocoques, à des cysticerques. L'hydatide arrêtée à un certain développement ou dépourvue par ano-

(1) Sichel. — Iconographie ophtalmologique des maladies des organes de la vue (1852-1859).

(2) Davaine. — Traité des entozoaires.

malie de sa membrane fertile représente exactement le type qu'avait découvert et étudié Laënnec : l'acéphalocyste.

Le kyste à entozoaires est donc bien connu, mais il n'en est pas de même de l'animal lui-même. Jusqu'à ces dernières années la plus grande confusion règne encore. En 1895, Mandour (1) dit que : « l'échinocoque et le cysticerque ne sont que deux degrés d'évolution d'un même animal ; le cysticerque n'est que l'échinocoque confiné à l'étroit et arrêté dans son complet développement. » Une telle erreur ne saurait plus exister ; aussi pour éviter toute confusion, à laquelle donne d'ailleurs naissance le mot kyste hydatique, avons-nous pris comme titre de cette thèse l'expression de kyste à Entozoaires, pour bien marquer, ainsi que nous l'étudierons tout à l'heure, la différence entre l'échinocoque et le cysticerque et les kystes auxquels ils donnent naissance.

Les kystes à entozoaires ont donc pendant longtemps passé inaperçus ; ce qui le prouve bien, du moins pour le chapitre que nous étudions, c'est-à-dire pour les kystes de l'orbite, c'est que plus nous parcourons la littérature médicale et moins rares en sont les observations.

Quelques auteurs, entre autres Demarquay (2) at-

(1) Mandour. — Kystes hydatiques de l'orbite. Th. de Paris, 1895.

(2) Demarquay. — Traité des tumeurs de l'orbite, 1860.

tribuent à J.-L. Petit (1) la première observation de kyste hydatique de l'orbite. En 1740, cet auteur publia en effet une observation que nous résumons :

« Le malade est un jeune homme âgé de 20 ans, atteint d'exophtalmie de l'œil gauche, avec douleur de la tête, étourdissement, larmolement de l'œil. Au grand angle de l'œil apparaissait une tumeur qu'il « attaquait avec un grain de cautère ». Il sortit 2 à 3 cuillerées de lymphes roussâtres. La plaie commençait à se cicatriser lorsque 8 à 10 jours après la chute des escharres, il parut dans le milieu de l'ouverture une éminence qui « semblait être une vessie par sa mollesse sa surface unie et sa facilité à rentrer. » Elle fut ouverte avec une lancette. L'humeur qui en sortit était semblable à la première ; puis une troisième vésicule apparaissant, il fit une troisième ponction. Peu de temps après, l'exophtalmie augmenta, l'état général devint mauvais et le malade mourut.

« A l'autopsie, dit J.-L. Petit, je remarquai que la « dure-mère qui recouvre le lobe moyen et inférieur « du cerveau était soulevée considérablement, ce qui « m'engagea à enlever tout le cerveau pour examiner « plus aisément la cause de l'élévation de la dure-
« mère. Je levais peu à peu cette membrane, et la « détachant des os du crâne, je la trouvais au mi-
« lieu de la partie écailleuse des os des tempes adhé-

(1) J.-L. Petit. — Œuvres complètes.

« rente avec l'os et se confondant avec lui. L'os me
« parut en ce niveau *cartilagineux et charnu*. Je
« coupais la partie supérieure de l'orbite, et quand
« j'approchais de la portion du coronal qui ferme la
« voute de l'orbite, je la trouvais aussi cartilagineuse.
« Ayant soulevé la dure-mère, je trouvai 3 hydati-
« des, chacune de la grosseur d'une noix pleine
« d'eau roussâtre. L'une était dans l'orbite, la deu-
« xième moitié dans l'orbite, moitié dans le crâne,
« et la troisième dans le crâne entre l'os des tempes,
« la base de l'os sphénoïde et la moitié de l'apo-
« physe pierreuse. La portion de l'os et celles qui
« forment le trou optique avaient la consistance de
« la chair. Ce qui, ajoute J.-L. Petit, montre que les
« os peuvent bien se transformer en chair. »

Telle est l'observation sur laquelle les auteurs font
reposer le premier cas de kyste hydatique de l'orbite.
Nous ne croyons pas devoir partager leur opinion.
Ces hydatides « remplies d'eau roussâtre » nous sem-
blent être de simples kystes conséquence d'un ostéo-
sarcome de l'orbite, qui paraît bien démontré par le
ramolissement des os. Le kyste hydatique corrode,
use les os, mais ne le ramollit pas ne les transforme
pas.

Nous ne prendrons donc pas acte de ce cas, et
nous arriverons en 1801, année où Ad. Smidt (1) pu-

(1) *Ad. Smidt* 1803 : Ueber die krankheiten des Traenenor-
gans, Wien, p. 103.

blie la première observation bien nette de kyste à échinocoques de l'orbite, suivie bientôt (1803) d'une seconde. Quelques autres sont publiées à la suite, mais dans ces observations, l'opération seule et ses conséquences démontrèrent la présence de l'hydatide.

En 1832, Holscher (1) pour la première fois porta le diagnostic de kyste hydatique de l'orbite chez un malade qui vint le consulter, et en 1843, Goyrand (2) publie une remarquable observation où le diagnostic bien discuté et bien établi se trouva pleinement justifié à l'intervention.

Les cas de kystes hydatiques de l'orbite restent très rares malgré ces publications. Auguste Bérard (3) en 1844, dit que sur 2 à 3,000 malades qu'il voit annuellement à sa clinique ophtalmologique, il n'en n'a jamais observé. Berlin (4) sur plus de 4,000 malades qu'il voit annuellement n'en a jamais trouvé. Mauthner, à Vienne n'en n'a jamais rencontré. et M. de Wecker à Paris (5) n'en cite qu'une observation.

En 1863, de Græfe (6) publie la première observation de cysticerque de l'orbite. Mais ces kystes sont beaucoup plus rares, comme nous le verrons.

(1) *Holscher*. — Caspar's Hochenschrift 1833, tome I, p. 237.

(2) *Goyrand*. — Annales de Chirurgie française et étrangère tome VIII.

(3) *Aug. Bérard*. — Bulletin gén. de thérap., tome XXVII, p. 276.

(4) *Berlin*. — Encyclopédie de de Græfe et Sæmisch.

(5) *De Wecker*. — Thérapeutique oculaire, p. 731.

(6) *De Græfe*. — Clinique ophtalmologique.

Enfin depuis 1880, les observations deviennent plus nombreuses et nous pouvons affirmer que la difficulté du diagnostic n'a pas toujours permis de dépister le kyste là où il existait certainement. Car dans ces vingt dernières années le nombre des cas est bien égal au tiers de toutes les observations publiées.

Le diagnostic est en effet très difficile, et c'est la difficulté, l'impossibilité même parfois à l'établir que nous avons surtout en vue dans cette thèse.

Après avoir, dans un 1^{er} chapitre, repassé brièvement l'étiologie et la pathogénie des kystes à Entozoaires, — nous étudierons dans un 2^e les symptômes et l'anatomie pathologique.

Avec le 3^e nous traiterons des complications, de la marche et du pronostic.

Dans le 4^e nous verrons les difficultés du diagnostic.

Enfin dans le 5^e nous étudierons les différents modes de traitement.

Pour terminer, nous passerons en vue par ordre chronologique tous les cas de kystes vésiculaires de l'orbite connus jusqu'à nos jours, et nous signalerons les points qui nous ont paru intéressants à noter.

Mais avant de passer à cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser un remerciement sincère à tous les savants maîtres qui ont bien voulu nous initier à la science de la médecine, aux professeurs de l'Ecole de Médecine d'Angers, qui ont guidé nos premières

études, et aux savants Maîtres de la faculté de Paris qui ont continué notre instruction médicale.

Monsieur le Professeur Le Dentu a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer nos plus respectueux remerciements pour l'honneur qu'il a daigné nous faire.



Etiologie et Pathogénie

Le kyste à Entozoaires est le résultat de la présence de l'hexacanthe d'un tœnia, hexacanthe qui se transforme en une vésicule appelée cystique.

On sait que ces tœnias dits vésiculaires se présentent sous 3 formes (Carlet) (1).

1° *Les cysticerques*, dont le plus important est le *cysticercus cellulosæ*, hexacanthe du tœnia solium. Sa présence souvent observée chez le porc constitue l'affection connue sous le nom de laderrie ;

2° *Les cénures*, hexacanthes du tœnia cénure ;

3° *Les Echinocoques*, cystiques du tœnia echinococcus.

Excluons d'abord le tœnia cénure qui n'a jamais été observé chez l'homme. Il n'existe que chez le chien, et son cystique ne se trouve que dans l'encéphale du mouton, déterminant chez cet animal, l'affection appelée Tournis.

Le *cysticercus cellulosæ* a deux origines chez

(1) Carlet. — Zoologie médicale, p. 325.

l'homme : soit l'ingestion directe du *tœnia solium* avec les salades et autres légumes arrosés d'engrais humain, soit le fait d'un cucurbitain (un des derniers anneaux du *tœnia* arrivé à maturité et s'étant désarticulé) qui remonte de l'intestin après avoir été digéré dans cet organe. Mais hâtons-nous de le dire le cysticerque assez fréquent dans l'intérieur de l'œil est tout à fait rare dans l'orbite. En France il est exceptionnel, nous n'en n'avons trouvé que 3 observations. En Allemagne il est beaucoup plus fréquent. De Græfe, sur 80,000 malades, l'a rencontré 90 fois, mais 1 seule fois dans l'orbite. Hirschberg, sur 9,100 malades, a trouvé 9 cysticerques de l'œil dont 3 de l'orbite. Mauthner en Autriche, sur 50,000 malades, n'en n'a pas vu un seul cas. En résumé, dans toute la littérature médicale, nous n'avons relevé que 13 cysticerques de l'orbite ; et la rareté de ces observations fait d'autant plus regretter la brièveté de certaines.

Nous aurons donc surtout en vue la 3^e forme d'hexacanthé, l'échinocoque. Le *tœnia échinocoque*, le plus petit des cestodes connus (il n'a que 3 à 4 anneaux longs chacun d'un millimètre), a pour habitat l'intestin grêle du chien et de quelques autres carnassiers. Un œuf de *tœnia* sorti de l'animal et arrivé chez l'homme : voilà l'origine du kyste hydatique. Cet œuf arrive vraisemblablement par les matières solides ou liquides absorbées. L'eau en effet

paraît être un véhicule assez fréquent de l'échino-coque ; le docteur Ollivier (1) rapporte un cas fort curieux de transmission par de l'eau de source située au ras du sol. Le chien étant le porteur habituel du tœnia, on rencontre surtout le kyste hydatique dans les pays où l'homme fait du chien son fidèle compagnon. Citons en première ligne l'Islande (2) et l'Australie, où l'on compte une moyenne d'un chien par trois ou quatre habitants. En France le kyste hydatique est rare.

Faut-il chercher dans le sexe ou l'âge de l'individu atteint, une cause prédisposante ? Pour Finsen, en Islande, la femme est plus souvent atteinte dans la proportion de 1 pour 2,27 et le maximum de fréquence est entre 20 et 30 ans. Pour Goyrand les enfants sont plus souvent atteints que les adultes. Guérault estime que la proportion est la même dans les deux sexes, chez les hommes entre 30 et 40 ans, chez les femmes entre 40 et 50.

Ces théories ne semblent pas en rapport avec les faits. Aussi croyons-nous trouver plutôt la vérité avec Berlin, Dieu (3) et Monsieur le professeur Panas (4) qui donnent au sexe masculin une prédominance

(1) Dr Ollivier. — Union médicale, 1887, p. 89.

(2) Dr Guérault. — Th. de Paris, 1857 : maladie hydatique des Islandais.

(3) Dr Dieu. — Recueil d'ophtalmologie, 1883-84, n° 5 et 6.

(4) Dr Panas. — Traité complet d'ophtalmologie,

des deux tiers au moins. Nous les trouvons surtout pour l'orbite entre 11 et 21 ans. Berlin dit que les 2/5 des cas sont entre 10 et 21 ans, et les 88/100 entre 10 et 30 ans. Cette fréquence de l'affection s'explique par les rapports évidemment plus intimes que les hommes et surtout les jeunes gens ont avec les chiens, agents de la transmission.

Les limites extrêmes d'âge que nous avons trouvées sont 2 ans (Mackouzewa, 1891) et 50 ans (Jophe, 1891).

Il ne semble pas que l'orbite droite soit plus souvent atteinte que l'orbite gauche.

Par quel mécanisme l'échinocoque arrive-t-il dans l'orbite ? Nous ne nous arrêterons pas à l'hypothèse de Mandour. L'échinocoque, dit-il, pourrait être balayé avec les poussières et viendrait se déposer entre les paupières dans les culs-de-sac palpébraux ? Les faits ne semblent pas justifier cette hypothèse. D'ailleurs les savants travaux du professeur Frenke, de Brunswick (1) ont prouvé que l'animal progressait grâce aux vaisseaux. Le traumatisme dans certains cas paraît être la cause déterminante de la fixation du kyste dans l'orbite. Dans le cas de Tavignot (1848), le malade avait reçu un coup sur le sourcil 15 mois avant le début de l'affection. Le malade de Verdalles (1872) avait reçu un coup de

(1) In archiv, f. gesannt médecin.

bâton qui avait déterminé un abcès suivi d'une fistule. Le malade de Barabasczew (1882) éprouvait une diminution de la vision depuis qu'il avait reçu un éclat d'obus pendant la guerre. Mais le traumatisme développe-t-il la manifestation de la diathèse en puissance ou latente « bat-il son rappel » selon l'expression de Verneuil (1) ? ou prédispose-t-il plutôt à la maladie ? Pour Cruveilhier, partisan de la génération spontanée, le traumatisme crée la tumeur hydatique. Pour nous, nous croyons que le traumatisme fait un *locus minoris résistantive*. Il produit un épanchement sanguin ; les embryons du tœnia entraînés dans le courant circulatoire peuvent parfaitement sortir des vaisseaux rompus, en même temps que les globules sanguins et pénétrer la masse sanguine dans laquelle ils vont évoluer. Probablement même la rupture des vaisseaux n'est-elle pas nécessaire ; l'hexacanthé sortirait par diapédèse grâce au ralentissement de la circulation sanguine dans l'endroit blessé.

Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée en partie par les expériences du D^r Frenke qui, continuant ses travaux déjà cités sur les échinocoques, après avoir injecté à des animaux de l'eau renfermant ces hexacanthes, retrouva 2 fois sur 5 des kystes hydatiques bien constitués à des endroits où il avait créé par une blessure un *locus minoris résistantive*.

(1) Verneuil. — Congrès de Paris, 1867.

Anatomie Pathologique

Le kyste à cysticerques de l'orbite n'atteint guère une dimension plus grande que celle d'une grosse fève. Sa paroi propre est molle et tellement tendre qu'elle offre parfois d'après le D^r de Wecker (1) un aspect gélatineux. Sous le microscope, il est presque toujours facile de distinguer au moins une partie de la couronne de crochets, alors même que l'animal a subi une métamorphose régressive en s'incrustant de sels calcaires. Il se loge au sein d'un fibrome dans une sorte de cavité, remplie de pus en partie. Ce fibrome n'a que très peu de tendance à s'accroître. Il est ordinairement libre et indépendant des tissus du voisinage. Ses dimensions sont assez variables : le fibrome qu'a enlevé de Graefe mesurait 22 millimètres de long sur 13 de haut et 15 de large ; le cysticerque renfermé à l'intérieur avait 6 millimètres. Le cysticerque d'Hirschberg mesurait deux millimètres, et celui d'Horner 1 centimètre 1/2.

(1) De Wecker. — Traité complet d'ophtalmologie.

Mais si le kyste suppure, si les tissus du voisinage s'enflamment, ce qui est très fréquent, le kyste peut grossir, il devient adhérent aux parties voisines ; quelquefois même, il arrive à envahir toute la région. Mackensie en 1852 rapporte le cas d'un malade, où tout un côté de la face était envahi par le cysticerque, et par deux incisions, l'une pratiquée à l'intérieur de la bouche, l'autre à la paupière supérieure, il ouvrit un chemin aux entozoaires et en recueillit 8 à 10 par l'incision de la paupière.

Le kyste à Echinocoques se présente dans l'orbite avec les mêmes conditions que dans les autres parties du corps. Son volume, évidemment moindre, varie d'un petit pois à celui d'une grosse noix ; mais il peut, exceptionnellement il est vrai, s'accroître bien davantage, dilater la cavité et même se frayer une issue dans les parties voisines. C'est ainsi que Westphall (1872) retira un kyste de la grosseur du poing. Le kyste de la Pêna (1879) mesurait 7 centim. dans le diamètre transversal et 8 dans le diamètre vertical. Le plus souvent le kyste est unique, quelquefois on en trouve deux. Sa forme est sphérique ou ovale. Souvent libre, il peut contracter des adhérences avec le périoste (Valude 1889), avec le bulbe, avec la glande lacrymale (Maréchal 1885), avec les muscles ; ses adhérences amènent la dégénérescence des organes : les muscles sont atteints de myosite interstitielle, le nerf optique est atrophié, et dans certains

cas on ne trouve plus trace de tubes nerveux. Ces adhérences sont presque toujours le résultat d'un processus inflammatoire.

Les kystes à échinocoques empruntent, comme dans toutes leurs localisations, aux tissus voisins une paroi, paroi d'emprunt qui ne fait pas partie du kyste ; elle est dûe à l'irritation des tissus. C'est une membrane conjonctive, d'une épaisseur variant de 1 à 5 millim., et intimement unie aux parties voisines. Mais elle n'a avec le kyste lui-même que des relations de simple contact ; quelquefois même elle en est séparée par une mince couche de liquide.

Les parois propres du kyste sont formées par l'hexacanthe lui-même. Arrivé dans l'orbite, il perd ses crochets, sécrète par sa partie postérieure et autour de lui une enveloppe dans laquelle il s'enkyste, le produit de sécrétion forme la couche externe ; son épaisseur varie de 1 à 3 millimètres. Sa composition paraît analogue à celle de l'albumine ; elle est homogène, friable, élastique, sans fibres ni cellules ; elle est formée de couches stratifiées d'une minceur extrême, et se reconnaît toujours sous le microscope jusque dans les plus petites hydatides. C'est un caractère pathognomonique.

Au dessous de cette membrane, et formant la couche interne du kyste on trouve une autre membrane, granuleuse, framboisée qui provient de la transformation de l'embryon lui-même : c'est la *membrane*

germinative de Giraldès, la *membrane fertile* de Robin. C'est elle qui donne naissance aux vésicules filles. Celles-ci naissent sous forme d'épaississements d'apparences variées, sphériques ou irréguliers, transparents ou opaques, pleins ou creux ; ces bourgeonnements sont sessiles, ils se pédiculisent, s'accroissent ; leur cavité se creuse et se remplit de liquide, et finalement ils se détachent et tombent dans la cavité du kyste, où ils constituent les vésicules filles. Leur structure est identique à celle du kyste générateur. Si ces vésicules ne renferment pas d'échinocoques, l'hydatide est dite *acéphalocyste* ; mais dans le cas contraire, c'est-à-dire si la membrane germinative donne naissance à des échinocoques, le kyste est dit *fertile*.

L'échinocoque ressemble d'abord à une granulation blanchâtre qui fait saillie à la surface interne du kyste où il naît, et se pédiculise. Sa longueur est de $1/20$ de millimètre à $1/16$. Sa tête ressemble à celle du *tœnia* ; elle est munie de 4 ventouses et elle est entourée d'une double couronne de 20 à 30 crochets. La tête est séparée du corps par un sillon ; le corps présente des stries longitudinales allant de la tête à la partie postérieure et sur les côtés quelques stries transversales. Il présente à son extrémité postérieure une dépression ombilicale dans laquelle s'insère un funicule qui fixe l'animal à la face interne de la

vésicule ; ce prolongement peut se rompre, et l'animal tombe alors dans le liquide du kyste.

Les vésicules filles sont en nombre très variable, 2, 3, 5, 20 et plus, Lawrance en 1820 en recueillit plein une demi tasse à café. Tavignot (1848) en compta 90. Leur volume varie de la grosseur d'un petit grain de millet où une lentille jusqu'à un petit œuf de poule. Dans ces grosses vésicules, il n'est pas rare d'en trouver de plus petites appartenant à une 3^e génération.

A l'intérieur du kyste et de ces vésicules se trouve un liquide transparent, ressemblant, suivant le terme consacré à de l'eau de roche (ὕδωρ, eau). La quantité en est très variable, mais d'ordinaire peu grande ; Terson (1892) en recueillit 20 grammes, Dudon (1877) 30 grammes, Maréchal (1885) 60 grammes, de la Pêna (1879) 100 grammes. Sa couleur est quelquefois citrine, même un peu rouge. Cette coloration provient probablement du sang, car on sait par les expériences de Cruveilhier que la membrane du kyste est très perméable. Cruveilhier plongeait les kystes dans l'encre et le liquide kystique prenait la coloration de l'encre ; de même il les colorait en rouge par les hématies du sang, et en les laissant quelque temps dans l'eau froide, ils y déposaient leur matière colorante.

La réaction du liquide est le plus souvent neutre, quelquefois alcaline ou acide dans les cas de suppuration. La densité est de 1009 pour Frerisch, 1015

pour Recklinghausen. Sa réaction caractéristique est due à la présence en grande quantité de chlorures et en particulier de chlorure de sodium. Parfois il renferme du glucose, de l'acide ambrique et même de l'inosite (1). Il n'est coagulable ni par la chaleur ni par les acides ; il ne renferme donc pas d'albumine qui d'après Gübler servirait à la nutrition de l'animal, et serait absorbée à mesure qu'elle se produit. La présence de l'albumine indiquerait ainsi la mort de l'hexacanthé, conclusion qui n'est pas tout-à-fait conforme aux travaux de M. le Professeur Debove (2) et M. le Dr Achard (3).

Ce liquide a une action irritante sur les tissus du voisinage. Si aucune observation ne relate des phénomènes d'urticaire hydatique ou de dyspnée, si bien mis en relief par les travaux de M. le professeur Debove que nous venons de citer, du moins on a vu des phénomènes inflammatoires graves survenir à la suite des ponctions, et semblant bien provenir du liquide lui-même, et de sa ptomaïne, ptomaïne que les Drs Boisset et Chalouzière (4) et Viron (5) ont décélée et dont ils ont décrit les caractères.

(1) Panas. — Traité d'ophtalmologie.

(2) Debove. — Intoxication idatique. Bulletin de la Société médicale, 1888.

(3) Achard. — Archives générales de médecine, 1888.

(4) Boisset et Chalouzière. — Marseille médicale, décembre 1892.

(5) Viron. — Archives de médecine expérimentale, 1892.

Symptomatologie

Le kyste à cysticerques se présente sous la forme d'une petite tumeur arrondie, lisse, très dure. Sa localisation la plus habituelle paraît être la paupière supérieure, soit en dessus soit en dessous du muscle releveur, près du rebord orbitaire. Si la tumeur est située sous le releveur, l'œil abandonné par la paupière reste à découvert et les contractions du muscle sont parfaitement senties en plaçant le doigt sur la tumeur et en engageant le malade à ouvrir l'œil largement ; ce signe manque et la paupière est refoulée du côté du globe oculaire si la tumeur siège entre le releveur et la conjonctive palpébrale.

Le kyste à cysticerques se manifeste soit par la tumeur, soit par la douleur, quelquefois par ces deux symptômes. Sa suppuration est fréquente, et l'extension du kyste se produit rapidement ; dans le cas de Mackensie toute la moitié de la face était envahie. Sauf ce cas, l'œil est ordinairement respecté, et la vision est conservée. Cependant le kyste à cysticerques

tire un grave danger des poussées phlegmoneuses de l'orbite qu'il a une grande tendance à faire naître.

Les kystes à échinocoques occupent un point quelconque de l'orbite ; mais ils sont plus fréquents du côté de la voûte ou du plancher que vers les parties latérales. Scarpa (1) les croyait plus fréquents sous le globe de l'œil, c'est-à-dire sur le plancher de l'orbite. Stellwag fait de l'angle interne et Demarquay du côté supéro-interne leur point d'élection ; et c'est en effet dans cette dernière localisation, c'est-à-dire en haut et en dedans que nous les trouvons plus souvent.

Ils occupent d'ordinaire le tissu cellulaire de l'orbite, presque toujours en dehors du cône musculaire ; cependant dans le cas de Fuenzal (1879) le kyste avait pris naissance dans l'épaisseur d'un droit. Le kyste de Maréchal (1885) s'était formé aux dépens de la glande lacrymale, et dans ses parois, on trouva les éléments constitutants de la glande. Très rarement, jamais au dire de Demarquay, ils prennent naissance entre le périoste et l'os : enfin dans quelques cas on les voit siéger sous la conjonctive et dans la partie la plus antérieure de l'orbite.

On comprend facilement que les symptômes varient avec les diverses localisations du kyste ; Quel-

(1) Scarpa. — Traité des maladies des yeux, tome II, p. 186, traduit par Bousquet et Bellanger.

ques auteurs divisent l'évolution de la tumeur en trois périodes : début, apparition de la tumeur et phénomènes postérieurs à l'apparition. Nous ne croyons pas devoir adopter cette division qui nous paraît assez arbitraire ; rien n'étant en effet moins fixe que l'évolution du kyste hydatique de l'orbite. Nous préférons étudier séparément les symptômes de la maladie, dont aucun, disons-le de suite, n'est pathognomonique.

Nous diviserons ces symptômes en deux catégories : les uns communs à presque tous les kystes hydatiques et pour ainsi dire fondamentaux. Ce sont : la douleur, l'exophtalmie, la présence de la tumeur et la tendance à la suppuration.

Les autres symptômes, qui sont les conséquences de la tumeur sont les troubles du côté de l'œil, et de l'appareil de la vision.

La douleur accompagne toujours le kyste hydatique de l'orbite. En général elle apparaît dès le début et même avant tout autre symptôme. Ce n'est d'abord qu'une gêne, un tiraillement ; puis la maladie progressant les douleurs deviennent pénibles, violentes au point même d'amener de l'insomnie et du délire (Weldon 1806, Carathéodori 1860) ; quelquefois même elles produisent l'émaciation du malade. (Barabaschew 82). Les mouvements du globe les exagèrent encore, ainsi que les efforts et la pression sur la surface malade. Au début les douleurs siègent dans le

fond de l'orbite, pour de là rayonner sur le trajet du sus orbitaire, dans les régions frontale nasale ou temporale ; et quelquefois elles s'étendent dans tout le côté de la tête où siège la tumeur.

L'exophtalmie est un des symptômes qui ne font qu'exceptionnellement défaut. Le déplacement de l'œil varie depuis une légère saillie avec un peu de strabisme jusqu'à la propulsion presque complète hors de l'orbite, Elle est en effet presque toujours en rapport avec le volume de la tumeur ; les cas exceptionnels sont ceux où le kyste se propage dans les cavités voisines. Le siège du kyste entraîne le sens du déplacement ; est-il dans le tissu rétro-bulbaire, ainsi que nous le voyons fréquemment ? l'œil est pré pulsé directement en avant ; siège-t-il sur le côté externe ? l'œil est amené en avant et en dedans. Dans le cas où il s'était implanté sur la glande lacrymale, l'œil était dirigé en avant, en bas et en dedans.

Le 3^me symptôme important est la présence de la tumeur. Celle-ci vient se montrer au pourtour de l'orbite à une époque variable de la maladie suivant que son point d'implantation est plus ou moins loin dans l'orbite. Il est souvent très difficile d'en apprécier la forme et la consistance ; la partie qui se présente est recouverte par les tissus qu'elle a poussés au devant d'elle et qui masquent ses caractères physiques ; aussi la fluctuation est-elle très obscure, réduite souvent à une simple sensation d'élasticité. La

tumeur est séparée du globe par un sillon souvent plus perceptible au toucher qu'à la vue. Dans quelque cas où elle faisait une forte saillie en dehors de l'orbite on a noté sa transparence.

Ces trois principaux symptômes qui existent dans le développement normal des kystes hydatiques prennent une très grande intensité quand le kyste suppure. C'est alors qu'on voit les crises douloureuses se succéder presque sans interruption, arrachant des cris au malade, provoquant le délire et même parfois des pertes de connaissance. L'exophtalmie progresse brusquement au point de faire croire que l'œil va sortir de son orbite ; en même temps la tumeur prend un accroissement rapide ; des adhérences s'établissent entre elle et les parties environnantes avec le périoste, avec les muscles, avec le bulbe de l'œil et le nerf optique. Elle présente alors un aspect rougeâtre qui se confond avec celui des paupières infiltrées et épaissies et entre lesquelles on a peine à reconnaître le globe oculaire.

La suppuration des kystes hydatiques est très fréquente ; elle est même, dirons-nous, fatale dans la marche de la maladie à une époque plus ou moins éloignée du début, si on n'intervient pas à temps. Aussi la rattachons-nous de préférence à la symptomatologie, et non aux complications. Il ne faut cependant pas la confondre avec l'irritation des tissus voisins qui ne manque jamais, même dans les plus

petites tumeurs. Cette irritation qui d'ailleurs fournit au kyste hydatique une des enveloppes est dûe à l'action des substances chimiques sécrétées par l'échinocoque.

Les mouvements du globe oculaire sont gênés à la fois par l'exophtalmie et la tumeur. La diminution et la perte de la mobilité sont habituellement partiels, et siègent du côté opposé au déplacement de l'œil, par conséquent du côté du kyste qui vient pour ainsi dire bloquer l'œil en lui faisant un tampon. Quand le kyste siège sur la paupière supérieure, il n'est pas rare de trouver celle-ci ptosique, et la paupière inférieure ectopiée. (Dornblüt 1841, Bowman 1852, Carathéodori 1868).

La diplopie fait rarement défaut, du moins dans les premiers stades de la maladie. Dans le cas de Dornblüt elle en marqua même le début. Elle s'explique facilement par la gêne, puis l'impossibilité où se trouve l'œil de se mouvoir dans le sens de la tumeur, direction où existe la diplopie. Le malade de Meyer 1893, avait une diplopie croisée, les images distantes de 1 mètre pouvaient être superposées par un prisme de 20° et réunies par un prisme de 16° dont la base était tournée en bas. Cette diplopie ne subsiste pas pendant la durée de la maladie ; l'œil atteint perd sa faculté visuelle et avec celle-ci disparaît la diplopie. Son retour post opératoire est d'un bon pronostic pour l'avenir de la vision du malade.

La présence de la tumeur dans la loge orbitaire à encore un autre effet : elle engendre de la myopie ou de l'hypermétropie. La tumeur, se développant en arrière de l'œil, le chasse directement en avant ; ce déplacement a pour conséquence d'exagérer l'allongement des muscles droits qui tendent mais en vain à redonner à l'œil sa place primitive. Par la tension que l'œil subit ainsi, il se trouve diminué, ses diamètres se raccourcissent : d'où hypermétropie. Si au contraire le kyste se développe plus en avant, il comprime le globe oculaire, et par cette pression supéro-inférieure, le diamètre antéro-postérieur de l'œil est augmenté : d'où myopie. La myopie se rattache donc à la compression latérale, et l'hypermétropie à la compression antéro-postérieure.

Presque toujours on observe des troubles de l'accommodation. La pupille est dilatée, immobile, jamais contractée. Cette mydriase est due à la paralysie du muscle ciliaire par la compression ou même l'altération du ganglion ophtalmique et des filets qui en émanent.

La vision est toujours plus ou moins atteinte ; plusieurs causes y contribuent. Le nerf optique est tirailé ou comprimé ; il arrive même parfois à une atrophie très visible à l'ophtalmoscope, et chose remarquable, malgré cette atrophie, la vision peut revenir en enlevant la cause qui lui avait donné naissance, c'est-à-dire la tumeur (Valude 1889, Terson

1895). Les vaisseaux du fond de l'œil, les veines surtout, toujours congestionnés ; depuis une légère stase, jusqu'à une dilatation des veines devenues flexueuses et souvent augmentées de nombre. Cette stase paraît bien se rattacher à la compression des vaisseaux par la tumeur. Dans quelques cas, on a même trouvé de petits foyers hémorragiques de la rétine.

On a noté également des flocons dans le vitré (de la Pêna 1879), et un glaucome secondaire (Vecks 1888, Terson 1892). Ces symptômes, ainsi que les troubles de la vue sont plus accentués quand le kyste siège au fond de l'orbite, où il exerce plus directement sa pression sur l'œil, ses vaisseaux, et sur le nerf optique ; ils aboutissent souvent même à la cécité.

Avec les progrès de la tumeur, l'œil arrive parfois à n'être plus recouvert par les paupières. L'irritation produite par le contact perpétuel de l'air et des poussières occasionne une inflammation souvent très grave, pouvant se terminer par une kératite ulcéreuse et la perforation.

La conjonctive participe toujours à l'inflammation générale de l'orbite, surtout si le kyste suppure. On a également noté de la photophobie, des phosphènes, quelquefois du nystagmus (Vecks 1888, Schmid 1801).

L'appareil lacrymal est souvent atteint ; la glande

lacrymale est comprimée, parfois même atrophiée. Les points lacrymaux sont presque toujours déviés, et à l'irritation du kyste s'ajoute celle due à la stagnation des larmes dans l'œil.

Les muscles de l'œil n'échappent pas toujours à l'action destructive de l'échinocoque. Pour ne citer qu'un exemple, Waldhauer (1864) trouva deux muscles dégénérés, épaissis et atteints de myosite interstitielle.

L'état général du malade se ressent souvent de l'affection de l'orbite. Le malade fatigué par les douleurs continuelles s'affaiblit ; il devient anémique. Avec la suppuration du kyste survient la fièvre ; la température monte à 39°, 40° ; le pouls atteint 90 et 100. Dans quelques observations, comme celle du docteur Dieu (1883), nous voyons la malade prise d'un assoupissement continu, sans arriver à retrouver ses idées. L'insomnie et le délire sont plus fréquents. Ces accidents se montrent surtout dans les cas de suppuration, et ils présentent bien tout l'aspect que revêtent les graves purulences.



Marche, Complications et Pronostic

Le kyste à cysticerque a une évolution plus rapide que le kyste à échinocoque. D'ordinaire au bout de quelques mois, rarement plus de 6, l'évolution du kyste est achevée, et si à ce terme extrême on n'intervient pas, les poussées phlegmoneuses de l'orbite ne tardent pas à faire leur apparition. Dans un cas (Masselon 1892), la maladie évolua même en quelques jours. Le phlegmon est en effet la complication la plus grave du kyste à cysticerque, et c'est une complication fatale. Il faut donc intervenir au plus vite, on conjurera ainsi un grand danger, et le malade sera rapidement guéri d'une affection qui en elle-même est le plus souvent bénigne, et ne laisse aucune trace.

Il n'en est pas de même pour le kyste à échinocoque. Nous avons vu par ses symptômes habituels que c'est une affection grave. Cependant il faut tenir compte du contenu de la vésicule ; lorsqu'elle ne renferme qu'un acéphalocyste, c'est-à-dire lorsqu'elle est

stérile, le pronostic est meilleur ; le kyste a moins de tendance à s'enflammer et la guérison est obtenue plus facilement. La marche du kyste hydatique est d'ordinaire assez lente. Si dans quelques cas la maladie a évolué en peu de semaines, (Schmid 1801 : 1 mois. Zehender 1886 : 2 mois. Bresgèn 1872 : 6 semaines) en quelques jours même (Weeks 1888, 8 jours) le plus souvent le malade est atteint de l'affection depuis de longs mois, et même des années sans venir consulter : (Weldon 1806 : 2 ans, Waldhauer 1864 : 2 ans, Mac Gilbvray 1866 : 6 ans, Lawrance 1820 : 7 ans). Sauf ces derniers cas, la tumeur suit presque toujours une marche progressive. Très rarement elle s'arrête au cours de son évolution, pour reprendre une nouvelle intensité.

Dans les cas de Waldhauer 1864, Westphalle 1872 et de Sgrosso, non seulement elle s'est arrêtée dans son évolution, mais elle disparut, et les phénomènes s'amendèrent et ne revinrent qu'au bout d'un certain temps. Le kyste qu'a observé Dudon 1877, s'était rompu de lui-même, et ne s'est reformé que 2 ans après.

Le kyste hydatique de l'orbite tire sa gravité de trois principales complications. C'est d'abord, ainsi que nous l'avons vu, sa suppuration qui accélère les phénomènes morbides auxquels il donne naissance : la dilatation de l'orbite, la compression, l'inflammation, la désorganisation ou la destruction des nerfs,

des vaisseaux et du globe lui-même. C'est ensuite la perforation osseuse, très rare, il est vrai. Le malade de Westphall (1872) en a eu deux : l'une sur la face antérieure du frontal, l'autre sur la portion temporale de cet os. Enfin la troisième complication est la communication de la tumeur avec la cavité crânienne. Dans deux cas où nous la rencontrons (Schmid 1803, Bresgen 1874) la mort en est résultée. Les malades ont été atteints de douleurs violentes, de vertiges, de parésie des membres et de la face, avec fièvre, délire, et sont morts dans le coma. Dans le cas de Westphall, le malade après une attaque de parésie du facial gauche et des membres droits a vu ces phénomènes s'amender dès la première ponction et s'est bien rétabli. La guérison est d'ailleurs la terminaison habituelle. Mais l'intervention est indispensable, et de sa précocité dépend généralement l'avenir de la vision ; car souvent elle ne se rétablit que bien imparfaitement, et le malade conserve un ptosis de la paupière ou du strabisme.



Diagnostic

« Lorsqu'une exophtalmie se développe avec assez
« de rapidité chez un sujet qui par son âge et son
« apparence de santé ne paraît nullement prédisposé
« au développement d'une néoplasie, vous ferez tou-
« jours bien de songer à la possibilité de la présence
« d'un kyste hydatique (de Wecker) (1). » Ce conseil
d'un maître si autorisé est fort sage, mais il y a un
grand pas entre la possibilité d'une affection, et la
certitude de son existence. Aucun des symptômes
que nous avons énumérés n'est propre en effet au
kyste hydatique et ne permet à lui seul d'en affirmer
l'existence. C'est donc à l'ensemble des symptômes
qu'il faut s'attacher pour rechercher si leur présence
ne se rapporte pas également à d'autres affections
oculaires. Pour la facilité de cette étude nous allons
revoir la maladie sous ses deux aspects : 1° Avant
l'apparition de la tumeur ; 2° La tumeur est apparente,
quelle en est la nature ?

(1) De Wecker. — Traité d'ophtalmologie.

1° Le malade n'est atteint que d'exophtalmie. Plusieurs maladies peuvent simuler ce déplacement :

1° L'hydrophthalmie qui donne lieu à la saillie de l'œil, au soulèvement des paupières avec douleurs orbitaires fréquentes, affaiblissement de la vue. Cet œil augmenté de volume, distendu, présente les mêmes apparences de tuméfaction, de résistance et d'élasticité qu'un œil repoussé par une pression exercée d'arrière en avant. Mais dans la buphtalmie, la cornée est plus développée et plus bombée, les chambres sont agrandies ; l'iris tremble, la papille est profondément excavée. De plus c'est une affection congénitale ;

2° Le phlegmon oculaire qui produit un gonflement et une tension du globe avec soulèvement et propulsion des paupières. Mais dans cette affection, la marche est bien différente de celle du kyste. En quelques jours, le phlegmon arrive à son dernier degré au milieu de douleurs violentes avec une forte réaction locale et générale. Nous voyons cependant les diagnostics confondus par Ansiaux en 1846. Carathéodori, 1866 avait également porté le diagnostic de périostite phlegmoneuse ;

3° L'exophtalmie due à la paralysie de tous les muscles externes. Mais dans cette affection indolore d'ailleurs, l'exophtalmie disparaît quand on presse sur l'œil qui est immobile dans toutes les directions ;

4° La ténionite séreuse ; l'exophtalmie est tou-

jours assez légère, et pas en rapport avec le peu de mobilité du globe ; de plus la marche de la maladie diffère totalement de celle du kyste. Dans certains cas, la ténonite peut exister, et elle n'est que le résultat de la présence de l'entozoaire, comme l'a présenté le malade de Meyer.

L'œil sans être propulsé peut être atteint de strabisme. Le strabisme revêt un caractère particulier ; l'œil ne reprend pas sa place quand on voile l'autre œil, ainsi qu'il le fait de lui-même dans le strabisme ordinaire.

II^o La tumeur existe. Qu'elle est sa nature ? Notons combien le diagnostic est souvent gêné par l'œdème des paupières masquant les caractères physiques de la tumeur.

On peut hésiter entre une tumeur du nerf optique et un kyste hydatique rétro-bulbaire. Dans le cas de tumeur du nerf l'exophtalmie est précoce et rapide ; et elle n'augmente presque plus quand elle est arrivée à un certain degré. Darier (1) cite un malade chez lequel la tumeur est restée stationnaire pendant 6 ans. De plus la vision est abolie de suite ; le globe oculaire conserve une grande mobilité. L'œil est propulsé en dehors et en bas comme dans un coussinet œdémateux. Enfin il n'existe pas de douleur.

Le kyste hydatique peut être confondu avec un

(1) Darier. — Bulletin Société ophtalmologique, 1894, p. 126.

kyste dermoïde ; on sait que ces derniers sont assez fréquents dans l'orbite. Ils s'accompagnent souvent d'autres malformations : mais le malade de Valude (1889) était porteur également d'un bec de lièvre. Les kystes dermoïdes sont congénitaux, mais ils se développent le plus souvent assez tard, et ils ne sont reconnus qu'à l'adolescence, au moment où les kystes hydatiques ont leur maximum de fréquence. Les dermoïdes siègent également dans les parties antérieures de l'orbite ; ils semblent cependant affectionner l'angle interne. Leur siège est superficiel ; ils revêtent une forme arrondie, sont mobiles, gros comme une noix ; quelquefois ils envoient des prolongements au fond de l'orbite. Mais contrairement aux hydatiques, ils se développent lentement et graduellement, sans altération de la santé générale et sans réaction locale bien vive.

On peut hésiter avec une hydrocéphalocèle. Mais celle-ci est congénitale, souvent bilatérale. Son siège fixe est la région fronto-nasale ou orbitaire interne. Elle est assez souvent animée de battements ou de mouvements d'expansion ; elle est réductible avec symptômes immédiats de compression cérébrale. Cependant Berlin insiste sur la possibilité d'une erreur de diagnostic, et sur les dangers qu'elle peut présenter. Il cite en effet des interventions suivies de décès. Cette erreur peut être facile à commettre quand le kyste hydatique s'est propagé dans le crâne,

car alors il fournit les symptômes de communication intra-crânienne ; c'est ainsi que le kyste de de Verdalles (1872) augmentait par les efforts et la toux, et présentait des pulsations. Mais dans ces cas le kyste est toujours suppuré et les phénomènes graves tant locaux que généraux qui accompagnent cette suppuration mettront sur la voie du diagnostic.

Cette suppuration qui peut aider à distinguer le kyste hydatique de certaines affection telle que l'encéphalocèle rend au contraire le diagnostic très difficile avec le cancer de l'orbite. Car avec la suppuration, les parois du kyste sont devenues dures, épaissies et tellement distendues que la fluctuation a complètement disparue ; et quand même elle existerait, ne voyons-nous pas parfois se greffer sur le cancer des tumeurs kystiques ? et le cancer lui-même se ramollissant par place donner la sensation de fluctuation ? Dans le sarcome de l'orbite comme dans le kyste hydatique suppuré l'œil et la conjonctive sont repoussés, chassés, injectés, variqueux, couverts de matière muqueuse ou purulente. L'usure et la déformation des parois orbitaires, la cachexie cancéreuse elle-même ne sont pas des signes bien caractéristiques du cancer. Les kystes hydatiques volumineux agissent sur les os qu'ils arrivent à perforer ; les souffrances occasionnées par la compression des organes orbitaires, l'affaiblissement du malade, son anémie,

tous les symptômes graves sont communs aux deux affections.

Le diagnostic est rendu encore plus difficile quand la tumeur perforant la cavité de l'orbite a pénétré dans les cavités voisines ; car alors l'orbite est tellement déformée qu'on ne voit plus si les troubles fonctionnels qui semblent annoncer son extension aux autres régions, aux sinus, et surtout au crâne, doivent être rapportés réellement à cette extension ou à une simple compression exercée par les parois déviés de la cavité orbitaire.

En parcourant les observations de kyste hydatique de l'orbite, on est en effet frappé du nombre d'erreurs que les analogies de symptôme avec le sarcome ont fait commettre : (Bowman en 1852 de la Peña 1879 Peounow 1885, Rabinowitsch 1895...) Dans quelques cas même ces erreurs furent d'autant plus funestes que l'on pratiqua l'énucléation de l'œil, et au cours de l'opération, la véritable cause de la tumeur apparut : Goyrand en 1828, Waldhauer en 1864, Barabeschew en 1883, et Mackowzewa en 1891 pratiquèrent l'énucléation de l'œil pour des kystes hydatiques dont ils n'avaient pu reconnaître la nature. En 1899, il nous fut donné de voir dans le service de Monsieur le professeur Panas une malade, dont nous donnons plus loin l'observation, chez laquelle tout portait à faire croire à l'existence d'un sarcome de l'orbite. Au

cours de l'opération on découvrit la présence de l'hydatide.

La congestion variqueuse de la conjontive peut simuler une tumeur érectile veineuse, mais on ne trouve pas les battements isochromes à ceux du pouls. Dans un cas enfin le kyste hydatique fut pris pour un exostose ; la dureté et l'immobilité de cette tumeur doit cependant faire écarter l'idée de kyste hydatique.

Le diagnostic peut enfin être hésitant entre les deux entozoaires que l'on trouve dans l'orbite. La nature du kyste à cysticerques n'est cependant pas la même, ainsi que nous l'avons vu. La marche est beaucoup plus rapide. La localisation habituelle à la paupière, et les phénomènes réactionnels plus vifs permettent de les différencier. Il n'atteint également jamais les dimensions du kyste à échinocoque. Ajoutons que sa rareté met un peu à l'abri de la confusion.

Il nous reste à étudier un moyen de diagnostic : la ponction, moyen qui va jeter un peu de jour sur la question. Cependant Berlin loin de la recommander la proscrit à cause des complications qu'elle peut amener dans les cas d'encéphalocèle. Il nous semble que le savant collaborateur de Græfe et Sœmisch exagère, et en négligeant la ponction, il écarte un précieux moyen de diagnostic. Pour nous, la ponction tire un plus grand danger de l'épanchement du liquide hydatique dans les tissus voisins. On sait com-

bien ce liquide est irritant; sa présence dans le tissu cellulaire peut amener une vive réaction inflammatoire. C'est ainsi que dans plusieurs observations de Wecker 1879, Dieu 1883, Igrosso 1893), la ponction fut suivie d'un œdème grave des paupières et de la joue. Aussi recommandons-nous quand on ponctionnera un kyste dont la nature est douteuse de vider la poche le plus complètement possible, en un mot de faire une ponction non seulement exploratrice mais évacuatrice. Cette ponction doit être faite avec un trocart fin, aseptisé suivant la règle. Elle nous renseigne non seulement sur la présence du liquide, mais sur la profondeur à laquelle nous trouverons la poche dans l'intervention future. Le diagnostic repose sur l'étude du liquide aspiré par l'analyse chimique et le microscope.

On connaît les caractères chimiques du liquide hydatique, sa richesse en chlorures, sa réaction neutre, son poids spécifique 1009-1015, sa pauvreté en albumine; le liquide céphalo-rachidien au contraire est pauvre en chlorures et riche en albumine de réaction alcaline. Son poids spécifique est de 1005.

Le liquide des kystes dermoïdes contient des corps gras. Dans le champ du microscope, ce dernier montre des cristaux de cholestérine ou d'acides gras, des gouttelettes d'huile, des cellules épidermiques.

Le liquide hydatique de l'orbite renferme parfois des crochets et même de petites vésicules hydatiques.

L'absence de tout élément figuré plaide en faveur du liquide cérébro-spinal.



Prophylaxie

La pathogénie des kystes hydatiques nous a montré que les déjections des chiens sont la source première de l'infection. La prophylaxie devra donc s'attacher tout d'abord à éloigner les matières excrémentielles et surtout à leur fermer les voies d'accès dans l'organisme humain. Pour cela on devrait interdire aux chiens l'entrée des abattoirs où ils sont exposés à avaler des débris de foie ou de poumons qui sont parfois remplis d'échinocoques. On ne devrait pas non plus se laisser lécher par les chiens, car ces animaux ont souvent des ténias dont les œufs peuvent rester sur les poils des régions voisines de l'anus ; or les chiens en se nettoyant avec la langue peuvent récolter ces œufs et devenir ainsi une cause d'infection. Pour la même raison on devrait perdre l'habitude de faire lécher les assiettes aux chiens.

Les aliments et les boissons sont également des agents de transmission, et particulièrement les eaux de puits situés au ras du sol, recevant toutes les

déjections environnantes. Il faut donc y veiller. La prophylaxie des kystes hydatiques est un chapitre important de l'hygiène des eaux.



Traitement

Plusieurs procédés opératoires ont été mis en pratique pour guérir le kyste hydatique.

Le plus ancien et le plus fréquemment employé autrefois est la *ponction simple*. Cette opération présente le grand avantage d'être souvent inoffensive et de soulager immédiatement le malade. Malheureusement elle est presque toujours insuffisante, et peu de temps après, parfois même dès le lendemain le kyste a repris sa première expansion. De plus, elle peut engendrer la suppuration ; de Garcia Romeral (1844) et Carathéodori (1860) ont vu se développer un érysipèle à la suite d'une simple ponction. On a essayé d'y joindre des dérivatifs : tels que sangsues, saignées ; ces antiphlogistiques calment bien l'irritation, mais n'enlèvent pas la maladie. On a tenté l'action de certains médicaments ; des médecins anglais ont préconisé l'iodure de potassium ; le docteur islandais Hyaltelin a cru trouver le remède spécifique dans la teinture de Kamala à la dose de 30

gouttes. Laënnec se basant sur le fait que les moutons qui paissent dans les prés salés sont exempts d'hydatides et que l'on guérit en les conduisant dans ces pâturages ceux qui offrent les symptômes déterminés par les vers vésiculaires, avait cru trouver dans le chlorure de sodium le médicament efficace. Cela paraît d'autant plus étrange que les chlorures existent en proportion notable dans le liquide de l'hydatide. D'ailleurs, aussi bien l'iodure, que le sel ont absolument échoué.

Il faut détruire le germe et pour cela on a substitué à la ponction simple la ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur. On a préconisé les injections alcooliques et vineuses ; le Docteur Boisset fit usage des injections iodées pour les kystes du foie ; mais elles sont peu efficaces, très douloureuses et dans un cas elles ont occasionné la mort. Cadet de Gassicourt a vanté l'efficacité des injections de bile et Dolbeau en a obtenu quelques succès. La préférence doit être accordée aux injections mercurielles dont le pouvoir parasiticide est bien connu. Baunes (1) avait publié un cas de guérison obtenu par des injections de protochlorure de mercure ; mais les auteurs du *Compendium de médecine pratique* niaient « l'efficacité de ce traitement et ne l'avaient jamais vu réussir même dans les cas où il avait été pratiqué jusqu'à la salivation ».

(1) Baunes. — *Annales de méd. pratique*, Montpellier.

C'est M. le Docteur L. Ménard (1) en 1883 qui reprit les injections de sublimé, et son procédé, adopté par M. le Professeur Debove, consiste à remplacer une partie du liquide hydatique enlevé par une quantité égale de sublimé, et après quelques instants de séjour à vider le kyste. Le Dr Baccelli n'enlève qu'une faible partie du liquide pour le remplacer par même quantité de sublimé qu'il abandonne dans le kyste. Ces procédés peuvent être appliqués dans un kyste volumineux, mais pour ceux de l'orbite, il est préférable d'enlever complètement le liquide hydatique de faire un bon lavage de la cavité au sublimé. Ce procédé qui empêche l'épanchement du liquide dans les tissus a donné de bons résultats ; aussi M. le Professeur Panas le recommande-t-il. Mais il ne faut pas s'y attarder et si une ou deux ponctions échouent il faut recourir aux autres moyens, pour ne pas perdre un temps précieux. C'est ainsi que le Docteur Dieu a vu sa malade perdre la vue le lendemain même de la ponction.

Un deuxième procédé est l'incision de la poche. Elle fut pratiquée la première fois par Weldon en 1806. Cette opération est préférable à la ponction, et souvent elle donne de très bons résultats. Le malade de Garcia Romeral (1844) retrouva son acuité visuelle, complètement disparue, à la simple inci-

(1) Dujardin-Beaumetz. — Semaine médicale 1892.

sion du kyste. Entre les mains de Higgins (1876) la vision revint de $1/10$ à $1/2$, et entre celles de Meyer de $1/3$ à 1. Avant les procédés opératoires qu'a développés l'antisepsie, on cherchait après avoir vidé le kyste à provoquer la suppuration qui le détruirait. On l'obtenait par des tampons de charpie, mais souvent aux dépens de la vision.

Ce procédé est préconisé par Chauvel (1), par Rognetta (2) qui conseille de laisser une canule à demeure. Terson (3) écrit en 1893 que si on ne réussit pas à détacher la vésicule par des injections d'eau distillée, et à la saisir avec des pinces, il faut faire suppurer le kyste. Nous ne nous arrêterons pas au procédé de Récamier dont l'emploi serait souvent bien difficile.

Le troisième traitement employé a été l'excision, méthode plus longue, mais plus efficace. Elle consiste, le kyste étant ouvert, à en sectionner toutes les parties que l'on peut atteindre. Ce fut le procédé de Goyrand, de Meyer-Caudron, de Terson en 1895.

Nous arrivons enfin à la méthode la plus rationnelle à l'extirpation complète du kyste. C'est le traitement de choix qui supprime la cause entière de la maladie; aussi lui doit-on de véritables résurrections

(1) Chauvel. — Dictionnaire encyclopédique.

(2) Rognetta. — Traité pathologique et clinique d'ophtalmologie, 1880-1895.

(3) Terson. — Annales d'oculistique, 93.

de la vue, là où elle semblait bien absolument perdue.
« C'est le seul remède efficace, lit-on, dans les nou-
« veaux éléments de pathologie médico-chirurgi-
« cale (1). Pour la pratiquer, le chirurgien tend
« transversalement la paupière inférieure à l'aide du
« pouce et de l'index d'une main, et de l'autre, ar-
« mée d'un petit bistouri convexe, il incise cette
« membrane et l'orbiculaire dans la direction des
« fibres de ce muscle, en ayant le soin de prolonger
« son incision au-delà des limites apparentes de la
« tumeur, afin de se ménager la facilité de pouvoir
« la saisir sans efforts. Cela fait, il dissèque la tumeur
« le plus profondément possible, puis il la saisit par
« un de ses côtés avec une érigne simple ou double,
« la tire doucement à lui et achève de la séparer de
« toutes les parties auxquelles elle adhère avec la
« pointe du bistouri ou de petits ciseaux. Ensuite
« l'opérateur s'assure s'il ne reste pas quelques por-
« tions ainsi qu'il arrive quelquefois et, si cela est,
« il les extrait. » C'est le procédé auquel s'arrête le
docteur Terson disant que dans la récurrence on doit
procéder à l'extirpation la plus complète possible.
C'est aussi le procédé de Monsieur le Professeur
Panas : « Lors de la tumeur bien limitée, exempte
« de phénomènes phlegmoneux, le plus sûr est l'ex-
« tirpation totale. Une ablation partielle alors même

(1) Roche, Sanson et Lenoir, 1844.

« qu'on ferait du drainage a l'inconvénient de laisser
« subsister un trajet fistuleux et de déterminer plus
« tard la formation de brides gênantes pour les
« mouvements de l'œil. »

Les suites de l'opération sont généralement très bonnes. Nous ne sommes pas de l'avis du docteur Deval (1) qui prétend qu'après l'extirpation du kyste il ne faut pas tenter la réunion immédiate pour laisser au vide fait dans l'orbite le temps de se combler. Après avoir lavé l'intérieur de la cavité avec une solution antiseptique, il faut pratiquer immédiatement la suture. La plaie est saupoudrée d'une substance antiseptique et la guérison est rapide.

Dans certains cas, le kyste s'étend jusqu'au fond de l'orbite et l'extirpation en est très difficile, pour ne pas dire impossible même après l'incision de la commissure palpébrale. Dans ce cas nous croyons devoir recommander l'opération de Krönlein. Dans le seul cas où elle a été employée pour un kyste hydatique de l'orbite (opération de M. Championnière en 1899), le succès a été excellent. Cette opération est très ingénieuse ; son mécanisme en est simple et nous ne saurions mieux l'énoncer qu'en résumant la thèse du docteur Chailloux (2). On fait une incision cutanée qui commence au point où la crête latérale du frontal

(1) Deval. — Traité d'ophtalmologie.

(2) Dr Chailloux. — De l'opération de Kronlein)th. de Paris, 1900.

devient bord externe de l'apophyse orbitaire externe à plus d'un centimètre au-dessus du sourcil, puis descend par une courbe légère vers le bord externe de l'orbite, se dirige légèrement en dehors et se termine en croissant très régulier au niveau de l'angle formé par la réunion des apophyses zygomatiques et frontale de l'os malaire. L'incision est longue de 6 à 8 centimètres. Le périoste mis à nu est incisé sur tout le rebord orbitaire externe ; la rugine plate glissée entre la face interne de la paroi et le périoste descend dans l'orbite vers le trou optique et la fente spéno-maxillaire. La peau qui recouvre la pyramide malaire est réclinée en dehors. A l'aide d'un ciseau fin on fait les sections osseuses : en haut à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la suture fronto-malaire, incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans longue de 17 millimètres. Ainsi d'en haut et d'en bas les ciseaux sont dirigés à travers la paroi externe vers la fente sphéno-maxillaire. Le volet osseux triangulaire est récliné en arrière et le globe oculaire en dedans ; on découvre ainsi la moitié postérieure du globe. Le jour fait mesure 5 à 6 centimètres de long, sur 3 à 4 de haut.

La tumeur enlevée, le volet osseux revient combler la brèche, puis on fait la suture cutanée sans drainage.

Ce procédé permettra d'atteindre le fond de l'orbite et d'y déloger des tumeurs que seule l'énucléation de

l'œil avait permis d'enlever. C'est donc un important moyen de traitement.

A la fin de tous les procédés que nous venons de passer en vue, il reste un point important à traiter : faut-il conserver l'œil ? Le Dictionnaire Encyclopédique dit qu'il ne faut pas y toucher si la vision est intacte ou non complètement perdue, qu'il faut également la conserver même quand la vue est perdue si la forme du globe est conservée, pourvu qu'il n'y ait ni douleurs ciliaires, ni troubles d'aucune sorte ; mais, ajoute-t-il d'un autre côté, l'enlever est mettre le malade à l'abri de l'ophtalmie sympathique. Nous croyons ces restrictions encore trop étroites. A notre avis, l'œil doit toujours être conservé, nous dirons même dans les cas où l'œil atteint de phthisie s'est flétri complètement. Nous inspirant des leçons de notre savant maître, le Professeur Panas, nous préférons encore l'œil sans fonction, à l'œil de verre et à tous les inconvénients auxquels il expose. De plus nous voyons dans quelques observations d'une époque où les procédés opératoires étaient encore bien restreints, la vision abolie, revenir sous le bienfait de l'intervention. Faut-il donc toujours désespérer, et enlever au malade la seule espérance qu'il ait de ne pas avoir un œil tout à fait inutile ?

Il nous reste à parler d'un dernier traitement que nous regrettons n'avoir jamais vu employer pour les kystes à entozoaire de l'orbite, c'est l'électrolyse. Le

D^r Cooper Faster rapporte 8 cas de succès dans les kystes du foie; le D^r Michon en 1860 et M. Dujardin Baumetz (1) disent l'avoir essayé sans succès. Nous croyons cependant que vu le pouvoir parasiticide bien connu de l'électro-puncture, vu les dimensions relativement petites du kyste et sa situation assez superficielle qui permet de l'atteindre facilement et sans danger, on ne devrait pas abandonner ce mode très rationnel de traitement, et si nous rencontrions un kystè hydatique de l'orbite nous commencerions par l'électrolyse avec grande confiance dans la réussite de l'intervention.

(1) Dujardin Baumetz : Semaine médicale 92.



Observations

OBSERVATION I. — **J.-A. Schmidt**, 1801. — *Ueber die Krankheiten der Traenenorgans. Wien p. 30* 1830

Stasil Papp. . . , solda, âgé de 26 ans.

Au cours d'une fièvre typhoïde, il éprouve une sensation obtuse de compression dans le fond de l'œil. Cette sensation va en augmentant, quoique la vue se conserve toujours bonne

Au bout de trois semaines il ressent de violentes douleurs dans toute la moitié de la tête.

La conjonction s'enflamme, et en même temps, l'œil est un peu propulsé en avant.

Le malade se plaint de phosphènes.

De jour en jour cet état s'aggrave. A la quatrième semaine les douleurs deviennent insupportables : l'exophtalmie augmente, l'œil est projeté aussi en dedans, il est humide et brillant..

La vue est complètement perdue. Mystagmus.

Les paupières ne sont pas tuméfiées mais elles sont soulevées et distendues par la tumeur.

A la palpation on sent une tumeur dure vers la région externe de l'orbite.

Le diagnostic porté est stéatome.

Au bout de quelques jours, le malade mourut dans le coma.

A l'autopsie le cerveau est congestionné.

On trouve une tumeur faisant saillie dans l'angle externe de l'orbite, très adhérente au périoste.

La glande lacrymale est atrophiée. La tumeur a une forme ovoïde, elle est intimement appliquée au segment postéro-externe du bulbe.

Elle est recouverte d'une double membrane l'une externe formée de tissu cellulaire dense, l'autre, très fine, demi-transparente. Entre les deux est une couche de liquide.

L'intérieur de la tumeur renfermait un liquide limpide.

OBSERVATION II. — **J. A. Schmidt**, 1892. — *Ueber die Krankheiten des Tränenorgans*, Wien 1892 p. 34

Cette seconde observation est celle d'une femme qui deux mois avant le début de l'affection avait sevré son enfant.

A la suite d'un refroidissement elle avait éprouvé de fortes douleurs dans un côté de la tête et dans l'œil. Quelques jours après son œil s'enflamma, et, vint faire hernie en avant de l'orbite

La cornée s'infiltra de pus, et se perfora.

La vue est complètement abolie.

Schmidt, trouva une tumeur dans l'angle externe, et prévenu par le cas qu'il avait observé l'année précédente, il fit une ponction sous la paupière supérieure.

Il s'écoula un liquide très clair.

La douleur cessa de suite, et l'exophtalmie diminua.

Le quatorzième jour après la ponction, un kyste hydatique se montra à l'endroit où il avait pratiqué l'intervention. Il l'enleva, et quatorze jours après la malade fut guérie, mais la vision resta perdue.

OBSERVATION III. — **Weldon** 1806. — *Cases and observations in surgery London*, 1806 p. 104

Cette observation est celle d'une jeune femme.

Les premiers symptômes de son affection remontent à deux ans.

A cette époque elle éprouva un sentiment de gêne : l'exophtalmie se produisit lentement.

Les mouvements des paupières devinrent difficiles, puis presque impossibles. Les douleurs qui se manifestaient d'abord quand elle remuait l'œil, atteignirent un tel degré que la malade eut plusieurs fois du délire.

L'œil était propulsé en avant, et en haut vers l'angle interne. Les téguments voisins étaient engorgés. Depuis un an la vue est abolie ; la pupille est immobile.

A la palpation on trouve une fluctuation profonde.

Une ponction est pratiquée au niveau de la partie moyenne du bord inférieur de l'orbite. Elle donna issue à une petite quantité de liquide transparent. L'ouverture est alors agrandie par une incision se dirigeant vers l'angle externe. Il sortit de la tumeur deux cuillerées de liquide.

La malade éprouva de suite un grand soulagement et l'œil reprit sa place.

Au bout de cinq à six jours il sortit par la plaie une hydatide sphérique à surface unie et brillante. La guérison se produisit au bout de trois semaines ; mais la vue ne revint pas, et la pupille conserva son immobilité.

OBSERVATION IV. — **Lawrance**, 1820. — *Observ. in Tumours. (Méd. chir. Transactions) tome XVII, p. 148, 1822.*

L'affection débuta chez un homme de 42 ans par une sensation de tension violente au fond de l'orbite, accompagnée de douleur.

L'évolution de la maladie dura sept ans. A cette époque, quand il vint consulter, l'exophtalmie était considérable, la pupille immobile ; la vision était abolie de cet œil. Derrière la paupière supérieure on trouva une tumeur qui venait faire saillie ; on percevait une fluctuation profonde et obscure

Une ponction fut pratiquée, elle procura un grand soulagement au malade. Au bout de huit jours une hydatide fut expulsée, suivie bientôt d'autres nombreuses, plein une demi tasse à café, dit Lawrance.

Une suppuration suivit cette expulsion. Mais le malade se rétablit. L'œil resta perdu, distinguant à peine la lumière de l'obscurité.

OBSERVATION V. — **Delpech**, 1822. — *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1828, tome II, p. 99.

Homme âgé de 25 ans.

En 1820, pris de douleurs oculaires avec poussées de conjonctivites. La vue baisse peu à peu ; les paupières se tuméfient

En 1821, débute l'exorbitisme qui va en augmentant.

En 1822, il entre à l'hôpital. L'œil droit est complètement perdu ; les pupilles sont immobiles, la cornée dépolie. L'œil n'est pas recouvert par les paupières œdématiées. La paupière supérieure est soulevée par une tumeur qui s'étend en dehors de l'œil. La fluctuation est obscure.

Delpech fait une incision courbe sur la moitié externe du bord orbitaire, en excisant une partie de la glande lacrymale. Il trouva une tumeur située dans l'angle externe de l'œil ; il la ponctionna ; aussitôt au milieu d'un liquide un peu

critrin une masse blanchâtre membraneuse se présenta à l'orifice et fut attirée au dehors. C'était une hydatide.

La guérison fut complète au bout de quinze jours. L'œil reprit sa place, et la vision revint aussi nette qu'avant le début des accidents.

OBSERVATION VI. = **Cloquet**, 1827. — *Archives générales de médecine*, tome XIII.

La malade est une fillette âgée de quatre ans.

Elle présente une tumeur développée sous la paupière supérieure de l'œil et s'étendant vers le grand angle ; elle atteint le volume d'une petite noix.

Elle s'est développée en quelques mois s'accompagnant de douleurs assez violentes.

L'œil est projeté en avant, en bas, et en dedans.

Une ponction pratiquée suivie d'un agrandissement de l'ouverture, montra la présence d'un échinocoque.

OBSERVATION VII. — **Goyrand**, 1828.

Nous donnons plus loin cette observation avec celle du même auteur.

OBSERVATION VIII. — **Holscher**, 1832. — *Caspar's Wochenschrift*, tome I, p. 237, 1833.

Le 9 mars, un jeune homme de 17 ans, nommé Bahr, vint consulter Holscher. Son œil droit faisait saillie depuis un an et demi. La vision était restée bien nette, la pupille mobile. Il ne souffrait que de simples tiraillements. A la pression de l'œil on sentait en arrière un peu de fluctuation ou mieux de l'élasticité.

Du Brossay

5

Holscher porta le diagnostic de kyste hydatique.

Le 10, ponction à la lancette et sonde ; l'écoulement de liquide clair. L'œil ne reprend pas sa place.

Le 12, nouvelle ponction, et mise d'une mèche pour amener de la suppuration. La suppuration en effet ne tarda pas à s'établir avec une réaction générale violente, fièvre, douleurs orbitaires.

Il pratiqua une saignée.

Le 19 mars, issue d'une hydatide du volume d'une noisette.

Le 25 mars, l'œil n'est pas encore revenu à sa place complètement, et la fluctuation existe encore.

Le 3 avril, deuxième ponction, puis mèche qui amena une réaction violente.

Le 18 avril, une deuxième hydatide sortit.

Enfin le 12 mai, la guérison était complète.

OBSERVATION IX. — **Dornblüt**, 1841. — *Oppenheim's Zeitschrift*, 1843, tome XXI, p. 1.

Sophie L. . . , âgée de 22 ans.

Août 1840. — Inflammation de l'œil gauche, combattue par des sangsues, peu de soulagement.

Les paupières s'inflèrent, l'œil devient très douloureux, au point d'empêcher la malade de dormir.

En octobre, la vue commence à baisser ; l'œil légèrement saillant arrive au niveau de la tempe, étant propulsé en avant et en dehors vers le bord externe de l'orbite. Il est immobile, la vision est supprimée. L'iris est dilaté, immobile.

La paupière inférieure est renversée, et sous sa conjonc-

tive on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule occupant l'orbite depuis le dos du nez jusqu'à l'os molaire.

La malade est très anémiée. Les douleurs continuelles lui refusent tout repos.

Dornblüt porte le diagnostic d'hygroma.

Il pratique une ponction suivie d'une incision qui donna issue à un liquide clair. La paroi de la tumeur était très épaisse, et semblait être presque fibreux.

La tumeur s'affaisse, et l'exophtalmie diminue.

On met un tampon de charpie

Au bout de neuf jours on trouva adhérent au bourdonnet repoussé par le liquide qui s'écoulait une membrane dense et fibreuse qui n'était autre que le sac de l'hydatide. Il avait deux pouces en hauteur et en largeur.

Au mois de mai suivant la malade était guérie, mais sans avoir recouvré la vue.

OBSERVATION X. — **Goyrand**, 1843. — *Annales de chirurgie française et étrangère*, tome VIII. — *Bulletin général de thérapeutique*, tome XXV, p. 230,

« Garçon âgé de onze ans.

« L'œil gauche repoussé en avant et sur le nez était tout
« hors de l'orbite ; là il était immobile et son axe dirigé en
« dehors. Les paupières soulevées et distendues ne recou-
« vraient l'œil qu'en partie. Les bords libres renversés en
« dedans tournaient les cils vers cet organe. La conjonctive
« oculaire était injectée ; la palpébrale l'était bien plus
« encore. La cornée avait perdu en partie sa transparence ;
« cette membrane était obscurcie comme par un nuage. La
« faculté visuelle n'était pas abolie dans cet œil, mais fort

« diminuée. Les douleurs que le jeune malade accusait ne
« paraissaient être que le résultat de la compression et de la
« distention des parties.

« L'œil s'était ainsi déplacé peu à peu. Les parents du
« malade avaient commencé à s'en apercevoir deux ans
« avant.

« L'œil n'avait que son volume normal. La tumeur qui
« l'avait déplacé faisant saillie au devant du côté externe de
« la base de l'orbite. La fente palpébrale était considérable-
« ment allongée. En écartant la paupière sur la commissure
« externe, on voyait en dehors de l'œil la tumeur recouverte
« par la conjonctive injectée et boursoufflée.

« Cette tumeur se distinguait très bien de la base de l'or-
« bite ; elle était dure mais résistante et en la prenant alter-
« nativement avec les deux doigts appliqués l'un sur la
« paupière supérieure, l'autre sur la paupière inférieure, j'y
« percevais une fluctuation qui ne me sembla jamais dou-
« teuse.

« Je savais donc que je n'avais point affaire à une tumeur
« solide, mais à un kyste plein de liquide. Ce kyste ne pou-
« vait être un athérome ou un mélicéris, car il avait pris
« naissance au fond de l'orbite loin par conséquent des
« cryptes sébacés, et n'avait évidemment que des rapports
« de contiguité avec la peau et la conjonctive.

« Le déplacement de l'œil n'avait pas été précédé ou
« accompagné d'accidents qui pussent faire croire à la
« purulence.

« Les kystes séreux se forment dans un tissu cellulaire
« séreux, rarement, je crois, dans un tissu adipeux comme
« celui de l'orbite. Je pensais que j'avais affaire à un kyste

« hydatique. Ce qui contribua beaucoup à me mettre sur la
« voie, c'est le souvenir d'un cas fort analogue à celui que
« j'avais observé chez un enfant à la clinique de l'Hôtel-
« Dieu à Paris en 1828. Dans ce premier cas, la tumeur ne
« faisait pas de saillie apparente sur les côtés de l'œil dé-
« placé et le boursoufflement de la conjonctive augmentait
» le volume apparent de cet organe, ce qui fit croire qu'il
» était le siège d'une dégénérescence cancéreuse. On crut
« devoir en faire l'extirpation. L'œil fut saisi avec une pince
« de Muzeux. Un premier coup de bistouri fit jaillir de l'or-
« bite un liquide aqueux. L'opération n'en fut pas moins
« continuée, et quand l'œil fut enlevé, l'hydatide tomba sur
« la joue du malade. L'œil n'était nullement dégénéré.

« Le 10 juin, je procédai à l'opération. J'incisai la com-
« missure externe des paupières, et deux aides se chargèrent
« d'écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses.
« Pendant que je cherchai à inciser la conjonctive qui re-
« couvrait la tumeur, le malade peu docile fit un mouve-
« ment en avant et nous vîmes jaillir par la ponction un
« liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et
« s'affaissa. Avec une pince à crochets, je saisis alors le
« kyste et la conjonctive qui le recouvrait, et j'en excisai
« un lambeau avec des ciseaux courbes. Le kyste fut ainsi
« largement ouvert. J'y plongeai le doigt qui pénétra alors
« sans obstacle jusqu'au fond de l'orbite. Puis regardant au
« fond de la poche, j'y distinguai un corps blanc opalin,
« membraniforme, ridé, que je retirai avec la pince. C'était
« une hydatide solitaire qui distendue devait avoir le vo-
« lume d'une grosse noix.

« L'hydatide extraite, l'œil est rentré en lui-même, l'or-

« bite, conservant sa direction oblique en dehors, et s'est
« enfoncé plus profondément que l'autre.

« J'ai réuni l'incision de la commissure palpébrale par 3
« points de suture entortillée, et couvert l'œil et les parties
« voisines de compresses imbibées d'eau froide. Dans
« la journée il s'est fait un écoulement abondant de lar-
« mes et de sérosité sanguinolente, 11 au matin, gonfle-
« ment considérable des deux paupières, reproduction de
« l'exorbitisme ; peu de douleur. Le soir douleur et fièvre ;
« le gonflement augmente, il s'étend aux bords de l'incision
« qui sont douloureux et tirillés par la suture, j'enlève les
« aiguilles de la suture, et je fais appliquer un cataplasme
« émollient.

« Le 12, diminution notable du gonflement, écoulement
« abondant de larmes sanguinolentes et de pus. Les pau-
« pières peuvent s'entrouvrir. L'œil n'est guère moins sail-
« lant qu'avant l'opération. Plus de douleurs ni de fièvre.

« Le 15, suppuration toujours abondante ; mais l'œil est
« beaucoup moins saillant, plus de fièvre, état général par-
« fait. L'incision de la commissure s'est réunie par première
« intention quoique les aiguilles aient été retirées 36 heures
« après l'opération.

« Le 17, suppuration continue. L'œil a repris sa place.
« Son axe est toujours dévié en dehors. Encore un peu de
« tuméfaction des paupières. Le 1^{er} juillet, plus d'exorbi-
« tisme ni d'ectropion. Le strabisme divergent diminue ;
« mais l'œil ne peut encore se tourner du côté du nez, plus
« d'infection de la conjonctive. La cornée s'éclaircit et la vue
« s'est notablement améliorée. »

OBSERVATION XI. — **Garcia Romeral** 1844. — *Annales d'oculistique* 1845, tome VI, p. 125.

Jeune fille de 10 ans, atteinte depuis un an d'une saillie de l'œil gauche sans gêne ni douleur ; puis la tumeur augmente, et avec elle vinrent les douleurs et la perte de la vision de cet œil. La conjonctive s'enflamma. La pupille est peu mobile. L'œil dirigé en bas et en dehors, repoussé par la tumeur qui occupe l'angle interne. Cette tumeur est de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Diagnostic : kyste séreux.

On pratique une incision à la base de la paupière supérieure et on extrait une hydatide. A la suite de l'opération survient un érysipèle qui guérit.

La malade recouvra la vue.

OBSERVATION XII. — **Ansiaux**, 1846. — *Gazette des hôpitaux* 1854.

Jean-Louis Ponsard, âgé de 8 ans.

Depuis 6 mois atteint d'une tumeur située sous la paupière de l'œil gauche et occupant l'angle externe faisant une saillie bosselée et dure de la grosseur d'une amande. Cette tumeur est indolente ; elle semble s'étendre sous l'orbite entre les muscles droit inférieur et droit externe. L'œil est dévié en haut et en dedans.

Tout d'un coup son œil devient très douloureux ; la conjonctive s'enflamma ; la tumeur augmenta ; et les mouvements de l'œil devinrent impossibles en dehors et en bas.

Diagnostic : phlegmon.

A l'incision pratiquée immédiatement, on vit se présenter une hydatide de la grosseur d'une noisette qui fut extraite.

Après une légère suppuration, le malade guérit.

OBSERVATION XIII. — **Tavignot**, 1848. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1848, tome XII, p. 12.

Le malade de Tavignot est un enfant âgé de 4 ans 1/2. A l'âge de trois ans, il reçut un coup sur le sourcil. Trois mois après son œil devint saillant, et la vue se perdit.

Quand il vint consulter, son œil faisait saillie de trois centimètres ; l'iris était immobile. Au-dessous du globe, sous le plancher de l'orbite, on voit une tumeur arrondie, lisse, régu-lière, un peu élastique.

A l'incision, il s'écoule un liquide légèrement citrin, puis il sortit dans les jours suivants vingt corpuscules membra-niformes ou arrondis du volume d'un pois, renfermant un liquide séreux. Leur paroi est formée d'une membrane demi-transparente, rougeâtre.

C'étaient des acéphalocystes contenus dans une membrane générale d'enveloppe qui adhérait aux parois de l'orbite. Après l'opération, se développe une panophtalmie, suivie d'une phtysie de l'œil.

OBSERVATION XIV. — **Bowman**, 1852. — *Médico-chirurgicale Transactions ; Méd. Times and Gazette*, 1852, tome V, p. 465.

James Walker, âgé de 20 ans, voilier, entre dans le service du docteur Bowman le 10 août 1852, pour une tumeur située à l'intérieur de l'orbite gauche et qui avait déjà déterminé la désorganisation du globe de l'œil.

A la partie supérieure et interne on sent une tumeur dif-

fuse et molle qui donne au doigt une sensation de fluctuation obscure.

La conjonctive et la paupière sont renversées en dehors, l'œil lui-même déplacé en avant et dirigé un peu en dehors et en bas. La cornée est enfoncée, flasque, à moitié opaque. Le globe de l'œil en partie affaissé.

Au premier aspect, on était fortement porté à croire qu'il s'agissait de quelque tumeur maligne située derrière l'œil. Cette idée semblait confirmée par la teinte pâle et cachectique du malade.

James Walker rapporte qu'il s'était aperçu trois semaines auparavant de la saillie anormale de son œil gauche et qu'à la même époque, il avait ressenti une vive douleur derrière son organe. Ces deux symptômes s'étaient promptement accrus sans aucune affection inflammatoire aiguë de l'œil. La vue s'était graduellement affaiblie jusqu'à un an environ avant son entrée à l'hôpital, époque à laquelle elle s'était complètement éteinte. Depuis le début de sa maladie, il éprouvait une forte céphalalgie qui dans les derniers temps lui enlevait tout repos.

27 août. — M. Bowman tente l'exploration de la tumeur, et choisit pour cela un point un peu élastique qui existait à sa partie supérieure et interne, et qui était recouvert par la paupière supérieure. Il fait une ponction qui laisse échapper une certaine quantité de liquide aqueux, parfaitement limpide, et la tumeur diminue sensiblement. Il agrandit l'ouverture, et introduit son doigt dans une cavité qui s'étendait jusqu'au sommet de l'orbite, garnie de chaque côté des tissus de la région épaissis et confondus. Il est néanmoins le nerf optique et quelques-uns des muscles droits comme

disséqués par le kyste qui s'était insinué dans leurs interstices. Avec une curette, il recherche s'il n'existe pas d'hydatides ; mais le résultat étant infructueux, il s'arrête au diagnostic de kyste séreux simple entourés de tissus altérés par la compression qu'il exerçait sur eux.

Dans le but d'amener l'oblitération du sac, il introduit une mèche de charpie, et recouvrit le tout d'un cataplasme. Il survint un gonflement énorme, et au bout d'une semaine, la suppuration s'étant établie, trois hydatides se montrent dans la matière de l'écoulement. Deux avaient le volume d'une grosse bille et la troisième seulement la moitié. Elles étaient presque globuleuses et leurs parois étaient faites d'une membrane mince, demi-transparente.

Le gonflement des tissus intra-orbitaires diminua graduellement, et au commencement d'octobre les parties avaient presque repris leurs dimensions naturelles. Les restes de l'œil s'étaient affaissés et unis de nouveau avec le contour de l'orbite. La céphalalgie avait disparu quelques jours après la ponction.

OBSERVATION XV. — **Mackensie**, 1852. — *Medical Times and Gazette*, novembre 1852, p. 465

« On amena à ma consultation un jeune garçon âgé de
« quatorze ans pour une tuméfaction considérable de la
« tempe gauche, et de la région zigomatique. Lorsqu'on
« plaçait un doigt dans la bouche et qu'avec l'autre on
« comprimait extérieurement la tumeur, on y percevait
« une fluctuation obscure. L'antre d'Highmore était sain.

« Je conseillai de ponctionner la tumeur par l'intérieur
« de la bouche. Cette ponction donna issue à un grand

« nombre d'hydatides mélangées à un fluide glaireux. La
« tumeur s'affaissa graduellement.

« Quelque temps après la paupière supérieure se gonfla
« et rougit. Elle finit par suppurer et lorsqu'on l'ouvrit avec
« la lancette, il s'en échappa beaucoup de pus avec environ
« 6 ou 8 *cysticerci cellulosa* du volume de petits pois.

« Après cela, le jeune homme se rétablit complètement ».

OBSERVATION XVI. — **Carathéodori**, 1860. — *Gazette d'Orient*, tome IV, p. 9, 1860.

Enfant de quatorze ans, scrofuleux.

Le début de l'affection remonte à sept mois.

Subitement il est pris de douleurs atroces dans tout l'œil, s'accompagnant même de délire.

La conjonctive est très injectée. L'œil est légèrement plus saillant. Mais la vision est bien conservée.

On porte le diagnostic de périostite.

On lui applique des sangsues sur la tempe ; on pratique une saignée, en même temps qu'on le purge.

Le traitement amène donc une certaine amélioration qui dure six mois. Subitement l'exophtalmie augmente d'une manière considérable, s'accompagnant de douleurs atroces. La paupière inférieure est renversée. A la partie externe de l'orbite, une tumeur ronde, lisse et élastique fait saillie.

On pratique deux ponctions, à la suite desquelles un érysipèle se déclara.

On ouvre alors largement le kyste par une incision transversale, et on introduit une mèche, 18 jours après on trouve dans le pansement une hydatide de la grosseur d'une balle.

Le malade guérit parfaitement, sans altération de la vue.

OBSERVATION XVII. — **Hulke**, 1862. *Ophthalmic, Hosp. Reports*, tome IV, 1867, *Annales d'oculistique* 1865, p. 54

Depuis quatre mois, un jeune garçon âgé de quatorze ans est atteint d'une exophtalmie gauche à marche croissante, et en essayant de réduire l'œil, on sent une résistance ferme qui y fait obstacle. L'œil est projeté à la fois en avant et en bas à un tel point qu'il semblait être complètement sorti de l'orbite. Le sommet de la cornée gauche est à un pouce en avant du point correspondant de l'œil droit.

La paupière supérieure est très distendue ; L'inférieure est déprimée, non retournée, séparée du globe de l'œil par une tumeur fermée, élastique, arrondie et lisse. Les mouvements de l'œil en bas et en dehors sont perdus.

Il ne reste au malade que peu de perception lumineuse ; à peine distingue-t-il les gros objets.

Son état général est mauvais.

On hésite entre le diagnostic d'abcès et celui de kyste hydatique.

Une incision est pratiquée dans le sens longitudinal de la tumeur ; il s'en écoule une certaine quantité de liquide clair. On met une mèche pour obtenir la suppuration recherchée. Des cataplasmes sont appliqués qui amènent au dehors une hydatide de la grosseur d'un œuf de poule.

L'œil reprit sa place ; mais la vision resta en grande partie abolie.

OBSERVATION VIII. — **Waldhauer**, 1864. — *Klinische, Monastbl. für Augenheilkunde* 1865, tome III, p. 365.

Ernest Häussner, 37 ans.

Le début de l'affection remonte à 2 ans. A cette époque l'œil droit s'enflamma, devint douloureux.

La vision s'affaiblit et disparut puis revint partiellement avec de temps en temps des poussées douloureuses dans l'œil droit et la moitié correspondante de la tête.

16 décembre 1864 : le malade entre à l'hôpital. L'œil est proéminent, dur, peu mobile. La perception lumineuse est abolie ; la pupille est immobile, un peu dilatée. Au fond de l'œil : les vaisseaux sont variqueux, congestionnés

Diagnostic : exophtalmie et choroïdite de cause extraoculaire, mais orbitaire.

On calme l'inflammation par des sangsues.

7 janvier. — Paralysie du muscle droit externe ; douleurs très fortes. On fait quelques injections de morphine et le malade sort de l'hôpital le 15 janvier.

16 juillet. — Le malade revient, avec une exophtalmie considérable, l'œil est dévié en dedans. La vue est absolument perdue, la pupille très dilatée, immobile. Toute la tête est douloureuse.

A l'ophtalmoscope, la papille est atrophiée.

A la partie supérieure de l'angle interne, on sent une tumeur molle qu'on ponctionne.

Pendant un jour l'œil reprend sa place ; puis les précédents symptômes revinrent ; on applique des cataplasmes.

Alors on fait une incision ; mais comme la cavité de l'orbite était remplie par le tumeur, on enlève l'œil. Le kyste s'étant crevé, des hydatides se montrèrent en grand nombre : une grosse et 16 petites.

Deux muscles étaient atteints de myosite interstitielle. Le

nerf optique était atrophié, on n'y trouva plus de tubes nerveux.

Le malade sortit guéri le 20 septembre.

OBSERVATION XIX. — **Mac Gillevraye**, 1866. — *Australien med. Journal* 234. *Annales d'oculistique*, 1866, t. LNI, p. 172.

Le malade est atteint d'une tumeur située entre le globe de l'œil et le plancher inférieur de l'orbite, ayant produit une exophtalmie considérable.

La tumeur a mis six ans à se développer ; dès le début la vue a été altérée, et il ne reste au malade qu'une vague perception lumineuse.

La tumeur est incisée à travers la paupière inférieure. Il en sort neuf hydatides toutes plus grosses qu'un pois.

L'œil revint à sa place, mais la vision ne s'améliora pas.

OBSERVATION XX. — **De Græffe**, 1863. — *Clinique ophtalmologique*. — *Thèse de Gacitua*. Paris, 1877, p. 17.

Charlotte E., 10 ans.

Est atteinte depuis quelques semaines d'une tumeur légère, située sous la paupière inférieure de l'œil droit. Cette tumeur n'est pas douloureuse, fluctuante d'abord elle devint résistante : elle grossit rapidement sans amener d'exophtalmie ; puis elle suppura.

De Græffe l'excisa, et il enleva un kyste long de 22 millim. sur 13 de haut et 15 de large.

C'était un cysticerque entouré d'une énorme capsule fibreuse.

La guérison arriva de suite.

OBSERVATION XXI. — **Hirschberg**, 1870. — *Centralb.
f. prakt. Angenh.*

« La malade est une fillette âgée de 3 ans. Elle présente
« une tumeur élastique de la paupière supérieure, située
« sous le muscle. On l'extirpa, et en l'ouvrant, on trouva
« un petit cysticerque enchassé dans une capsule de tissu
« conjonctif très dense. »

OBSERVATION XXII. — **Sichel**, 1871, — *Gazette des
hôpitaux.*

Le 5 octobre 1871, Mlle B. . . , âgée de 25 ans, se présenta avec une tumeur du sourcil droit. Le début en remontait au mois de novembre 1870. Elle ressentait de vives douleurs dans toute la moitié droite de la tête, et surtout dans la mâchoire de ce côté. Quelque temps après se montra une petite tumeur du volume d'une lentille sous le sourcil un peu en dedans de la ligne médiane. La pression sur cette tumeur réveillait les douleurs des dents et produisait une sensation de tiraillement de l'œil.

Elle augmenta de volume, et quand la malade vint consulter, elle était de la grosseur d'une noisette. Elle était très libre, sans adhérence.

Elle fut prise pour un kyste pierreux.

On l'enleva et en l'ouvrant on découvrit un petit corps blanc allongé qui semblait se mouvoir. C'était un cysticerque enveloppé dans une poche fibreuse très épaisse.

OBSERVATION XXIII. — **Horner**, 1871. — *Klin. méd.,
p. 31.*

Comme dans les observations précédentes, le kyste

localisé aux paupières renfermait un cysticercus cellulosoë dont l'ablation amena la guérison immédiate du malade.

OBSERVATION XXIV. — **Verdalles**, 1872. — *Bordeaux médical*, 1872, p. 225.

Homme de 22 ans.

A l'âge de 15 ans, il reçut sur le front un coup de bâton, qui amena une périostite du frontal suivie de carie et d'une fistule. Le malade souffrit horriblement dans tout le côté droit de la tête ; son œil fut atteint d'exorbitisme et finalement de phtysie.

En 1872 : on remarque une tumeur sur la bosse frontale droite au-dessus du sourcil, au sommet de laquelle s'ouvre une fistule donnant issue à du pus. Cette tumeur est molle, fluctuante et pulsatile ; elle augmente par les efforts et la toux. A son pourtour on sent un enfoncement circulaire, osseux, à bords réguliers, arrondis duquel émerge la tumeur. La pression est douloureuse.

L'œil flétri, ridé, est presque entièrement hors de l'orbite, et le doigt placé dessus perçoit vaguement une fluctuation profonde, mais sans battements ni pulsations.

On incise la peau de la tumeur frontale, et on découvre un kyste qui est saisi avec une pince et extrait par l'orifice osseux. La pression exercée sur le globe oculaire fait sortir de l'orifice de la plaie avec du pus 8 petites hydatides intactes de la grosseur d'un pois à une noisette.

L'exophtalmie disparaît. L'ouverture du frontal communique avec l'orbite par un orifice à travers lequel on passe une mèche et on fait une contre ouverture au niveau de la paupière supérieure. La guérison fut complète.

OBSERVATION XXV. — **Westphal**, 1872. — *Berliner
Klin. Wochenschrift*, 1873, p. 202.

Homme, âgé de 17 ans.

Mai 1871. — Douleurs de tête violentes avec vomissements, et photophobie. Cet état dura huit semaines.

Juillet. — Douleurs un peu calmées, troubles de la vision des deux côtés ; mais s'accroissant plus vite à droite, où elles amenèrent la cécité. Hémipie externe de l'œil gauche avec amblyopie.

Août. — Disparition des douleurs.

Octobre. — Réapparition des douleurs surtout occipitales, vomissements, faiblesse progressive des membres.

7 novembre. — Entre à la Charité, hôpital des maladies nerveuses.

La région temporale droite est un peu proéminente. Exophtalmie de l'œil droit qui a conservé sa tension normale et la liberté de ses mouvements.

L'œil gauche est atteint de scotome central, hémipie temporale, vision presque nulle, pupille dilatée. A l'ophtalmoscope la moitié interne de la papille est blanche, la moitié externe est rouge grisâtre, et les veines sont dilatées.

L'odorat et le goût sont diminués à droite. Le facial gauche est légèrement paralysé ; parésie de la mobilité à gauche, sensibilité intacte.

De plus le malade a fréquemment des vomissements bilieux.

Diagnostic. — Tumeur de la fosse cérébrale antérieure ayant pénétré dans l'orbite.

Le traitement à l'iodure de potassium produit un peu d'amélioration.

Du Brossay

12 décembre. — Œdème énorme de la paupière droite supérieure, puis de la paupière inférieure, chémosis, douleurs très fortes.

15. — Œdème diminué. Mais la saillie des régions temporo-pariétales augmente ; on y perçoit une fluctuation obscure. La ponction n'amène que quelques gouttes de sang.

23. — On sent sur la face antérieure du frontal une perforation osseuse.

27. — Autre perforation sur la portion temporale.

31. — Tumeur fluctuante sous la paupière droite.

On porte le diagnostic d'échinocoque, mais la ponction ne ramène aucun crochet.

3 janvier 1872. — Incision de 2 centimètres, on extrait une vésicule de la grosseur d'une noisette.

9 janvier. — Il se fait une petite ouverture de la peau en dehors de la commissure palpébrale droite. Elle donne issue à un échinocoque.

11 et 15 janvier. — Nouvelle tumeur fluctuante au dessus et en arrière de l'incision dans la région de l'extrémité antérieure de la ligne courbe temporale.

L'incision amène l'issue quotidienne d'échinocoques par cette nouvelle plaie.

4 février. — Sortie d'un échinocoque par les fosses nasales.

20 février. — Sortie d'une dernière vésicule.

13 mars. — Le malade quitte l'hôpital,

De ce large foyer de suppuration on avait extrait 90 vésicules de la grosseur d'un pois à celle du poing.

Dès la première incision, l'hémiparésie gauche avait diminué pour disparaître complètement à la suite des autres interventions.

L'exophtalmie et les troubles de la vision de l'œil droit ont persisté, ce qui s'explique par l'atrophie papillaire de ce côté.

OBSERVATION XXVI. — **Billroth**, 1872. — *Chirurgische Klinik*. 1879, p. 101.

Garçon âgé de 10 ans.

Exophtalmie lentement développée du côté gauche depuis deux ans. La faculté visuelle est conservée, il existe de la diplopie.

On sent une tumeur fluctuante.

Aucun diagnostic n'est porté.

On retire à la ponction du liquide clair.

On fait une incision sur la tumeur, et on extrait un gros sac.

Après une légère suppuration de la plaie, le malade guérit, mais en conservant de la diplopie.

OBSERVATION XXVII. — **Bresgen (de Kreuznach)** 1872. — *Berlin. klin. Wochenschrift*. 1874, p. 381.

Valentin R. . . , âgé de 15 ans.

Après 8 jours de douleurs de tête et de tendance au sommeil ; la paupière supérieure droite se gonfla ; l'œil vint faire saillie au devant de l'orbite, à un tel point que les paupières ne recouvrant plus l'œil, le bord inférieur de la cornée s'ulcéra et il se forma un commencement de staphylome.

La température est de 39°5. Le pouls est à 120.

Les douleurs sont très violentes.

La maladie a évolué en six semaines.

On incise la paupière supérieure, l'évacuation du pus sou-

lage le malade. On ouvrit la tumeur et en même temps une vésicule se trouva ouverte.

Le lendemain l'exophtalmie avait diminué. Mais l'ulcère de la cornée était devenu perforant avec prolapsus de l'iris. Les accidents fébriles reprirent une nouvelle intensité avec des phénomènes de méningite basilaire.

6 jours après l'opération, le malade mourut.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXVIII. — **Desmarres**, 1874. — *Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire*, 1874, p. 341.

« Une jeune fille de Melun est venu nous consulter pour
« une paralysie des muscles convergents gauches avec
« exorbitisme. A l'aide des indications fournies par l'examen
« des images, nous avons pu déterminer le siège de la tu-
« meur de l'orbite. En faisant une ponction avec le trocart,
« nous avons recueilli un liquide semblable à celui qu'on
« rencontre dans le kyste hydatique du foie. Plus tard, en
« ouvrant largement la peau, et en entretenant une fistule
« permanente, nous avons recueilli un certain nombre d'é-
« chinocoques. En intervenant à plusieurs reprises, nous
« avons pu faire disparaître la tumeur et guérir la malade. »

OBSERVATION XXIX. — **Hyggens**, 1876. — *Lancet* 1876, tome II, p. 557. *Clinical society of London*.

Enfant de 14 ans.

Depuis un mois souffre de douleurs dans l'œil droit. L'œil est propulsé en avant et en bas. Ses mouvements en haut sont devenus impossibles. Et dans le regard en haut, il y a diplopie. L'acuité visuelle est de 1/10.

La papille est rouge et gonflée.

La région supérieure de l'orbite sous la voûte est empâtée et douloureuse.

Sans fièvre, l'œil s'enflamma, devint très douloureux. La paupière supérieure se gonfla ; il survint de l'œdème de la conjonctive ; et l'œil resta presque immobile.

Diagnostic ; abcès.

On fait une incision à travers la conjonctive sous la paupière supérieure, il ne s'écoule que du sang. 15 jours après nouvelle poussée d'exophtalmie et nouvelle incision parallèle au bord supérieur de l'orbite. La glande lacrymale fut énuclée ; et derrière elle on trouva une tumeur ferme qu'on enleva. Elle s'étendait jusqu'au sommet de l'orbite et était étroitement unie au nerf optique.

Le kyste renfermait un cysticercus cellulose.

Le malade guérit, mais en conservant du strabisme en bas, avec peu de mobilité de l'œil en haut, et diplopie dans cette direction. L'acuité visuelle revint à $1/2$.

OBSERVATION XXX. — **Lawson**, 1876. — *Lancet*
15 avril 1876.

E... T..., âgé de 29 ans.

Atteint d'une tumeur fluctuante à la partie supérieure de l'orbite s'accompagnant d'exophtalmie, de strabisme et d'œdème de la papille.

La tumeur a mis 10 semaines à évoluer.

L'acuité visuelle est réduite à $1/20$.

On fait une ponction qui donna issue à un liquide clair et ramena un peu la vision.

Puis la tumeur se referma. On pratiqua une deuxième ponction qui évacua un certain nombre de vésicules filles.

On sortit avec une pince la vésicule mère.

Peu de jours après le malade était guéri, mais la vision ne se rétablit que bien imparfaitement.

OBSERVATION XXXI. — **Morella**, 1876. — *Revista clin. e therap. Napoli*, 1882.

Femme adulte.

Tumeur de l'œil gauche avec exophtalmie, amenant de violentes douleurs.

La vision est perdue.

On pratiqua deux opérations, qui donnèrent issue à du liquide clair. La deuxième opération fut suivie de suppuration.

La malade guérit sans recouvrer la vue.

OBSERVATION XXXII. — **Dudon**, 1877. — *Mém. de la Société de méd. de Bordeaux*, 1877, p. 432.

Homme, âgé de 38 ans.

Le début de l'affection remonte à 2 ans. Il s'était formé une tumeur qui s'ouvrit spontanément et donna issue à du liquide clair.

Puis de nouveau la tumeur se referma s'accompagnant d'une saillie considérable de l'œil droit avec vives douleurs dans toute la tête.

Toute la région orbitaire fait saillie.

Au grand angle de l'orbite, laissé libre par la projection de l'œil en avant et en dehors on trouve une tumeur élastique d'où l'on retire par ponction 30 gr. de liquide clair.

Diagnostic : kyste séreux d'une synoviale tendineuse des muscles orbitaires.

On fait une incision et l'on met un drain.

Sur un cataplasme, on trouva dix jours après l'intervention, un corps blanc jaunâtre, mollassé, de la grosseur d'un œuf de poulet.

4 jours après, la guérison était complète. La vue resta voilée.

OBSERVATION XXXIII. — **De la Pena**, 1879. — (*La oftal. pratica*, 1882, p. 6 et 12) résumée.

Adulte. O. G.

Début par de légères douleurs avec tumeur de l'œil gauche. Au bout de quatre mois, ces douleurs augmentèrent, en même temps que l'on constata de l'exophtalmie, la vision se perdit, et l'ophtalmoscope démontra la stase papillaire.

L'œil était très tendu, on pratiqua la sclérotomie qui eut pour résultat immédiat de supprimer les douleurs. Au bout d'un mois, l'exophtalmie augmenta de volume avec de graves phénomènes inflammatoires de la conjonctive.

L'œil dévié en haut et en dedans par une tumeur énorme venant faire saillie en dehors et en bas.

L'acuité visuelle est presque nulle.

Vu l'état général très mauvais, le diagnostic de sarcome de la choroïde est porté.

On pratique une ponction par laquelle s'écoula 100 grammes de liquide blanc sale.

Alors on incisa la conjonctive, les tendons musculaires et le nerf optique comme pour une énucléation. La tumeur sortit alors.

La tumeur était fermée par un kyste hydatique situé à la base de l'orbite.

Un drain fut mis. Le malade guérit au bout de trois semaines ; mais la vision resta perdue.

OBSERVATION XXXIV. — **Hirschberg**, 1879. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1886, tome I.

« Le jeune garçon Z..., âgé de 1 an 1/2. Son père est « porteur d'un plathelminthe.

« Le 6 juin 1879, il présente sous le bord droit de l'orbite
« une tumeur située sous la peau, tumeur lisse grosse comme
« un pois, qu'on a remarqué depuis 6 semaines, et d'où
« après extirpation, on retire un cysticerque de 2 millim.
« de long. »

OBSERVATION XXXV. — **Hardy**, 1879. — *Australien M. J. Melbourne*, 1879, p. 589

Femme de 22 ans.

Tumeur de l'œil gauche datant de 3 ans. Vision perdue.
L'opération fit sortir 6 à 7 hydatides.

OBSERVATIONS XXXVI et XXXVII. — **Fieuzal**, 1879. — *Compte-rendu de la 8^e association française des Sciences, Montpellier*, p. 589.

1^{er} cas. — Jeune fille âgée de 16 ans.

Depuis longtemps est atteinte d'une tumeur qui en repoussant l'œil fortement en avant avait compromis la vision par suite du tiraillement opéré sur le nerf optique.

On l'extirpa : elle était de la grosseur d'un marron, et poussait son prolongement jusqu'au sommet de l'orbitite. Elle s'était développée dans l'épaisseur du muscle droit externe de l'œil droit. Elle était creusée dans son intérieur d'une cavité dans laquelle on trouva à l'examen microscopique

pique et nageant au milieu d'un liquide séro-purulent quelques crochets, en même temps que des débris de lamelles très finement juxtaposées et caractéristiques de l'échinocoque. De plus on trouva de nombreuses fibres musculaires striées sur la paroi de la tumeur et on s'assura ainsi que c'était bien dans l'épaisseur de ces fibres on dans le tissu conjonctif qui les unit que s'était développé le kyste dont l'extirpation devait fatalement entraîner un strabisme convergent. On mit un drain et quelques cataplasmes ; au bout de six semaines la malade était guérie.

2^o cas. — Fillette âgée de 3 ans.

A l'angle interne de l'œil gauche est une tumeur développée entre les insertions des droits interne et inférieur faisant une saillie de la dimension d'une noisette. Cette tumeur était absolument indolente et s'était développée en l'espace de quelques semaines.

On y donna un coup de bistouri : à l'orifice se présenta une vésicule transparente de la dimension d'une petite cerise sur laquelle on remarquait un point blanchâtre, légèrement déprimé, d'où par la pression sur la vésicule on pouvait facilement faire émerger la tête et le cou d'un ver vésiculeux. A la simple loupe on pouvait reconnaître le proboscide, la rangée de crochets et même les ventouses caractéristiques des cysticerques cellulux.

Les parois du kyste furent excisées.

La malade était guérie 15 jours après.

OBSERVATION XXXVIII. — **De Wecker**, 1879. —

Thérapeutique oculaire, 1879, p. 731.

Garçon âgé de 16 ans, porteur d'une exophtalmie énorme.

Début de l'affection 6 mois, sans douleurs.

M. de Wecker fit une ponction à trois reprises différentes. Il retira du liquide clair ; à l'une d'elles le liquide s'épancha dans les paupières et amena un œdème considérable. Il fit alors une incision sur le bord supéro externe et amena du pus.

Le lendemain il sortit deux hydatides dont le sac de l'une mesurait 4 centimètres.

La guérison fut rapide et complète

OBSERVATION XXXIX. — **Mules**, 1882. — *Trans. ophtal. soc. united. Kindg*, 1883, p. 32.

La tumeur hydatique de l'orbite dont était porteur le jeune malade (6 ans) de Mules fut traitée par une large incision et un drain. Le kyste se vida vers le septième jour ; mais auparavant il se développa une ischémie de la papille qui empêcha pendant plusieurs mois le rétablissement de la vision normale.

La tumeur n'avait mis que 6 semaines à se développer (Recueil d'ophtalmologie).

OBSERVATION XL. — **Lawson**, 1882. — *A case of hydatid tumour of orbit.*

OBSERVATION XLI. — **Hirschberg**, 1882. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1885, t. I.

« Femme S..., âgée de 34 ans.

« Vient le 21 mars 1882 avec une tumeur grosse comme
« un haricot qu'elle a observé il y a 3 mois. Elle est située
« sous la peau du rebord inférieur de l'orbite. »

OBSERVATIONS XLII et XLIII. — **Barabasczew**, 1883.

Wra'ch, n° 18. — *Arch. d'ophtalmologie*, t. III, 1883.

1^{er} cas. — Homme âgé de 27 ans.

Porteur d'une tumeur ayant amené une exophtalmie en haut et en dehors s'accompagnant de céphalalgie violente. Le début de l'affection remonte à 2 ans.

La vision de l'œil atteint est abolie.

La tumeur fut complètement extirpée. Le malade guérit, mais la paupière resta ptosique.

2^e cas. — Enfant de 12 ans.

Une tumeur occupe l'angle supéro-interne de l'orbite droit. Elle est dure, non fluctuante, adhérente à l'os.

Le nerf optique est atrophié.

Les premiers symptômes remontent à un an ; ils revêtirent la forme d'une céphalalgie si violente que le jeune malade perdit connaissance à plusieurs reprises ; puis la tumeur se montra.

On fit le diagnostic de sarcome.

On énucléa l'œil et la tumeur qu'on reconnut alors être un kyste hydatique.

OBSERVATION XLIV. — **Dieu**, 1883. — *Recueil*

d'ophtalmologie, 1884, p. 22.

La malade de Dieu est une femme arabe âgée de 20 ans. Le début de l'affection remonte à 15 mois.

A cette époque la malade s'aperçut de diplopie dans le regard à droite. 15 jours après, elle ressentit de violentes douleurs qui revinrent très souvent au point de l'empêcher de dormir.

3 mois après l'œil commença à être projeté en avant et en haut. La conjonctive s'injecta.

La vision est presque nulle de cet œil. La papille est un peu pâle ; les veines sont énormes.

Le Docteur Dieu fit une ponction et retira 50 grammes de liquide. La vue revint un peu. Mais le lendemain l'exophtalmie qui avait un peu diminué reprenait une nouvelle intensité et la vision était complètement abolie. La joue était œdématiée.

On ouvrit alors et on mit un drain. Douze jours après l'hydatide sortit et la malade se rétablit.

Après l'opération la malade conserva du strabisme divergent ; la vision ne revint pas.

OBSERVATION XLV. — **Meyer et Caudron**, 1883. —

Gazette des hôpitaux, 1884.

Homme âgé de 22 ans.

L'œil droit est porté en haut et en dehors par une tumeur occupant l'angle interne. Sa mobilité est presque nulle ; la conjonctive et la cornée sont très vascularisées.

Le début remonte à 14 mois.

Au fond de l'œil, l'ophtalmoscope décèle une névrite ce qui explique la diminution de l'acuité visuelle réduite à 1/6.

On fit la ponction, puis l'incision. Les parois de la poche qui faisaient saillies furent excisées.

L'acuité visuelle revient à 1/3, et à l'ophtalmoscope on peut noter la disparition des phénomènes de compression du nerf optique.

OBSERVATION XLVI. — **Hirschberg**, 1885. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1885.

« La petite T..., âgée de 3 ans.

« Le 20 avril 1885 se présente avec une tumeur située
« sous la peau à la partie nasale du rebord inférieur de
« l'orbite. D'après la malade, elle n'aurait apparu que la
« veille. L'extirpation montre un cysticerque en kyste dans
« une capsule épaisse. »

OBSERVATION XLVII. — **Hans Schmid**, 1885. —
Centralbl. für Chirurgie, 1885, n° 26.

Jeune homme, âgé de 16 ans.

Début de la tumeur 6 mois, guérie par une opération qui
fit sortir du liquide très clair, après une très légère suppuration.

OBSERVATION XLVIII. — **Maréchal**, 1885. — *Annales d'oculistique*, 1888, tome 93, p. 124.

Femme, âgée de 27 ans.

Le kyste hydatique, dont les premiers symptômes remontent à deux ans, occupait l'angle externe de l'œil, et s'était substitué à la glande lacrymale, produisant une ophtalmie énorme. La vision était conservée.

On fit une incision qui fit sortir 60 grammes de liquide, puis la tumeur fut extirpée.

Après l'opération, la vision revint à peine quantitative.

OBSERVATION XLIX. — **Peounow**, 1885. — *Compte-rendu de la société des médecins du Caucase*, n° 12, année XXI.

Caucasien, âgé de 42 ans.

En dedans du globe oculaire droit se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'aspect grisâtre, dure, élastique, peu mobile. Une conjonctive œdémateuse la recouvre.

Le début remonte à 2 ans ; la marche a été progressive. La vision s'est perdue peu à peu. L'œil est un peu glaucomateux.

Diagnostic : Sarcome.

Incision : Quantité considérable de liquide clair. A l'intérieur du sac un 2^{ème}. Kyste blanc clair. Ses parois ont la structure lamineuse du kyste hydatique, mais on ne trouve pas de crochets.

OBSERVATION L. — **Von Zehender**, 1886. — *Ein Fall von Echinococcus in der Augenhöhle (Stuttgart)*. — *Brit. med. J.* 1887, p. 1150.

Homme âgé de 38 ans.

Est atteint d'une tumeur molle à la partie supéro-externe de l'orbite droit déviant le globe en avant en bas et en dedans. Elle s'est montrée il y a 6 mois et depuis a toujours grossi. Mais depuis six semaines, l'exophtalmie a bien augmenté s'accompagnant de diplopie.

Par la ponction, on donna issue à une grande quantité de liquide.

2 mois après l'exorbitisme s'est reformé, on fait une incision, mais en même temps on sectionne les muscles droits supérieur et externe. L'œil resta immobile, dévié en dedans et en bas. On retira un kyste hydatide.

7 mois après ; une nouvelle opération fut nécessaire et on extirpa la tumeur.

La vue perdue revint un peu.

OBSERVATION LI. — **Wecks**, 1888. — *Ein Fall von Echinococcus in der Orbita.* — *Arch. f. Augensch. Wiesb.* 1890, p. 206.

Homme âgé de 22 ans.

Atteint depuis 8 jours d'une douleur légère et sourde de l'œil droit, et en même temps de diplopie dans le regard en bas et des deux côtés.

Les douleurs vont en augmentant, nystagmus, l'acuité visuelle diminue, l'œil est légèrement proéminent.

On pratique une ponction, qu'on agrandit immédiatement pour faire sortir 7 hydatiques. La cavité du kyste est lavé au sublimé ; le malade fut guéri complètement en 15 jours.

OBSERVATION LII. — **Valude**, 1889. — *Recueil d'ophtalmologie, séance du 2 juillet 1889.*

Enfant de 6 ans, atteint d'un bec de lièvre. La mère a également un kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Ce jeune garçon est atteint depuis 8 mois d'une tumeur grossissante molle et élastique, siégeant au-dessus et en arrière du globe de l'œil droit qui est porté en avant et en bas. Les paupières sont mobiles.

La vision est réduite à 1/20 par stase papillaire.

Diagnostic : Kyste dermoïde.

Au cours de l'opération pour énucléer ce kyste, la poche se rompit, et il s'en écoula un liquide très clair qui mit sur la voie du diagnostic. La tumeur fut alors extirpée, la cavité lavée et saupoudrée d'iodoforme.

La guérison fut rapide. La vision revint à 1/2 ; mais le

malade resta atteint d'un léger ptosis, sans cependant qu'il y ait eu section musculaire au cours de l'intervention :

OBSERVATION LIII. — **Hocklife**, 1889. — *Trans. ophtalm. Société*, n° 55.

OBSERVATION LIV. — **Scharpe**, 1890. — *Case of hydatid. orbit. Brit. méd. J. London*, p, 470.

OBSERVATION LV. — **Issekutz**, 1890. — *Wien med. Presse*, n° 12.

OBSERVATION LVI. — **Mackowzewa**, 1891. — *Medecinskoï oboresnie*, n° 15, 1891. — *Revue générale d'ophtalmologie*, t. X, 1891, p. 361.

Fillette de 2 ans.

Début de l'affection : 3 mois.

Le globe atrophié est repoussé en avant et en dedans par une tumeur dure. L'état général est mauvais.

Diagnostic : Sarcome.

Opération : exentération de l'orbite, au cours de laquelle on découvrit un kyste hydatique.

OBSERVATION LVII. — **Jophe**, 1891. — *Medecinskoï oboresnie*, n° 15, 1891. — *Revue générale d'ophtalmologie*, t. X, 1891, p. 371.

Homme de 50 ans, atteint depuis 6 mois d'une légère exophtalmie, produite par tumeur lisse, fluctuante, occupant le côté externe de la fente palpébrale.

Au cours de l'opération la poche se rompit et fut extirpée. Cet individu était porteur également d'une tumeur de la

région deltoïdienne qui n'était comme celle de l'orbite qu'un kyste hydatique.

OBSERVATION LVIII. — **Terson**, 1892. — *Midi médical Annales d'oculistique*, mars 1893.

Jeune garçon de 13 ans.

Il y a 3 mois, l'œil fut brusquement dévié en dehors et en bas; puis progressivement, l'acuité visuelle baissa pour devenir presque nulle, quoique augmentée un peu par 1,75 convexe.

A l'ophtalmoscope on remarquait de la stase papillaire.

La tumeur a une forme régulière, peu consistante, mais sans fluctuation, ni battements. Il n'existe aucune réaction ni locale, ni générale.

M. le D^s Terson retira de la tumeur, par une ponction, 20 grammes de liquide transparent, et il insuffia dans la cavité de la poudre d'iodoforme. Le lendemain l'acuité visuelle était remontée à $1/6$; et 6 jours après elle était normale.

Au bout d'un an on trouvait un noyau d'induration là où était l'ancienne tumeur.

Deux ans après, l'exophtalmie revint avec stase papillaire.

La tumeur fut alors incisée et ses parois furent extirpées le plus possible; la plaie fut lavée au sublimé au $1/2000$.

15 jours après, V = $1/2$, et 20 jours après, vision parfaite.

OBSERVATION LIX. — **Masselon**, 1892. — *Annales d'oculistique*, 1893, tome 103, p. 278.

M^{me} P. . . , âgée de 27 ans, enceinte de 7 mois, se présente le mardi 2 août 1892, se plaignant que depuis dimanche soir,

Du Brossay

31 juillet, elle a éprouvé dans l'œil droit une sensation particulière. S'étant observée dans une glace, elle découvrit sur son œil une saillie rouge.

En abaissant la paupière inférieure, on voit en effet un petit kyste siégeant au-devant du droit inférieur et enveloppé de la conjonctive très vascularisée. Sur cette élévation on aperçoit une trainée jaune de 1/2 centimètre, large de 2 millim.

M. de Wecker porta le diagnostic de cysticerque sous conjunctival. La conjonctive fut incisée et par les lèvres de l'incision il s'échappa une masse semblable à celle du corps vitré, renfermée dans une vésicule hyaline. Le cysticerque fut dégagé et extrait.

OBSERVATION LX. — **Barett**, 1892. — *Hydatid disease of the orbit. Austral M. J. Journal*, 1892.

OBSERVATION LXI. — **Sgrosso**, 1893. — *Recueil d'ophtalmologie*, tome XII. p. 337.

Femme âgée de 40 ans.

Début de l'affection remonte à 4 mois par une forte douleur à la tempe gauche. Diplopie.

La conjonctive est injectée ; les paupières enflées.

Puis tout disparut au bout de quinze jours.

Quelques temps après ces symptômes se reproduisirent pendant 8 à 10 jours et disparurent comme la première fois.

Une troisième reprise se produisit avec douleurs articulaires, exophtalmie, tuméfaction énorme des paupières.

La vue était restée bonne.

Diagnostic : Sénosite séreuse.

Incision de la tuméfaction, et dans le pus on trouve 3 crochets.

OBSERVATION LXII. — **Lawford**, 1895. — *Hydatid cyst of the orbit* (Lancet). *Annales d'oculistique* (1895, p. 50).

Jeune fille de 17 ans.

Atteinte depuis deux mois d'exorbitisme croissant avec œdème des paupières, diminution des mouvements oculaires.

La vue est réduite à $1/3$; la papille droite est gonflée, les vaisseaux très dilatés.

Après l'opération tout rentre dans l'ordre sauf un strabisme divergent dû à la division du droit interne.

OBSERVATION LXIII. — **Meyer**, 1893. — *Annales d'oculistique*, 1893, tome 109, p. 278.

Enfant, atteint de diplopie et d'une légère douleur de l'œil gauche, pas d'exophtalmie, pas de rougeur de la conjonctive. Le globe oculaire est immobile ; la paupière supérieure légèrement ptosique. En un mot, on a le tableau d'une ophtalmoplégie externe. La vision est réduite à $1/3$. Au thermomètre de Gradenigo on trouve une élévation de température de $6/10$, ce qui implique l'idée d'un processus phlegmoneux derrière l'œil malade.

On applique des compresses chaudes.

Au bout de 48 heures, injection de la conjonctive au dessous de la cornée, et au milieu de cette rougeur, on remarque une proéminence de la grosseur d'un pois, de couleur jaunâtre.

On l'incise ; point de pus.

De nouveau on met des compresses chaudes qui amènent

l'apparition d'une vésicule blanchâtre ovoïde qu'on reconnut être un cysticerque.

La vision se rétablit, et les mouvements de l'œil revinrent.

OBSERVATION LXIX. — **Ripault**, 1895. — *France médicale*, n° 5, p. 67, 1895.

Homme de 33 ans.

Gêne croissante de l'œil gauche remontant à 5 mois ; la conjonctive est injectée.

Sous le droit interne on trouve une tumeur indolore, immobile, de la grosseur d'un petit haricot.

A l'incision il sortit une hydatide.

La vue est toujours restée bonne.

OBSERVATION LXX. — **Rabinowitsch**, 1895. — *Annales d'oculistique*, tome 113, p. 151, 1891.

Femme 64 ans, depuis 6 mois trouble de la vision de l'œil gauche, exophtalmie, douleurs orbitaires. Le globe est immobile, repoussé vers la paroi supérieure. La cornée qui n'est plus recouverte par les paupières est dépolie ; la perception lumineuse est seule conservée.

Au dessous et en dehors du globe, on trouve une tumeur dure, immobile, s'étant rapidement accrue.

Diagnostic : sarcome.

On incise la conjonctive et on trouve une poche si adhérente au globe et s'étendant tellement loin qu'on ne peut l'extirper. On en résèque le 1/3 antérieur ; la cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée. Sa surface interne est lisse à l'exception d'une saillie vésiculaire située à sa partie postérieure.

Le liquide ne contient pas d'albumine.

Les parois de la poche sont de tissu fibreux. Celles de la vésicule sont formées d'une membrane à couches concentriques régulières, propres des kystes à échinocoques.

L'œil reprit sa place ; mais ses mouvements restèrent limités. La papille resta atrophiée.

OBSERVATION LXXI. — **Kouzmine**, 1895. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895.

Femme. Début de 3 ans.

Entre à l'hôpital pour une tumeur de l'œil gauche de la grosseur du poing, ayant amené une exophtalmie en dedans. La vue est perdue depuis 1 an.

On fait une incision parallèle au rebord supérieur de l'orbite, et par la plaie, on amena quelques vésicules hydatiques.

Drainage.

La malade fut guérie : mais la vue resta perdue, avec un léger ptosis.

OBSERVATION LXXII. — **Fromaget**, 1896. — *Archives d'ophtalmologie*, 1896, p. 6.

D... , ferblantier, 30 ans.

Eprouva des douleurs violentes du côté droit de la tête et dans la région orbitaire, surtout le soir, avec œdème de la paupière supérieure droite disparaissant la nuit, qui produisit un ptosis assez marqué.

Ces accidents durèrent pendant à peu près cinq mois, et disparurent ; mais pour peu de temps.

Le 20 mars, le docteur P... constate dans l'angle le supérieur-interne de l'orbite en arrière du bord orbitaire l'existence

l'existence d'une petite tumeur. Une ponction exploratrice ne donne issue à aucun liquide. Après cette ponction le malade présente une tuméfaction inflammatoire de toute la région.

2 avril. — Le malade entre à l'hôpital. La tumeur semble avoir le volume d'une grosse amande, elle occupe l'angle supéro-interne de l'orbite et arrive au niveau du rebord orbitaire ; elle est de consistance rénitente, peu douloureuse.

L'œil est repoussé en bas et en dehors.

L'acuité visuelle est bonne.

La tumeur augmente chaque jour de volume ; bientôt elle dépasse le rebord orbitaire et soulève la paupière. Une nouvelle ponction n'a pas plus de résultat que la première.

10 avril. — Ablation de la tumeur par une incision de la paupière parallèlement au rebord orbitaire, longue de 3 à 4 centimètres. En incisant au niveau de la partie supéro-interne, il s'échappe tout-à-coup une certaine quantité de pus provenant d'une collection à parois très amincies qui s'est rompue. Par la même ouverture s'échappe aussitôt une vésicule transparente, intacte. Puis la tumeur est disséquée, séparée de la paroi orbitaire à laquelle elle adhère par un pédicule fibreux.

19 avril. — Le malade sort guéri.

La vésicule était celle d'un cysticerque avec tous ses caractères.

OBSERVATION LXXIII. — **Fage** d'Amiens, 1896. —

Annales d'opculistique, p. 464, année 1896.

Enfant de 6 ans, porteur d'une tumeur située à la partie supéro-interne de l'orbite gauche, du volume d'une amande,

Cette tumeur soulève la partie supérieure en faisant saillie dans le cul de sac conjonctival.

Il n'existe pas d'exophtalmie, ni de compression du nerf optique. La vue est donc restée bonne.

Le docteur Fage pratique une ponction et sort de la tumeur un liquide clair, alcalin, riche en chlorures. Puis il fait une injection au sublimé de 1/1000.

4 mois plus tard la poche est refermée. M. Fage pratique alors l'excision de la poche kystique par le cul de sac conjonctival, ce qui amena une guérison prompte et définitive.

A l'examen anatomo-pathologique, on vit qu'il s'agissait d'une hydatide unique contenue dans une paroi formée par une substance homogène disposée en feuillets superposés, sans apparence de membrane germinative.

OBSERVATION LXXIV. — **Frigiule**, 1897. — *Un caso di ciste da echinococco dell'orbita (Reforma med. Napoli, mars 1896).*

OBSERVATION LXXV. — **Markoff**, 1897. — *Westnik ophthalmologïe. St-Petersbourg, janvier-février, 1897*

Le Dr Markoff dit avoir trouvé deux cas de kyste hydatique de l'orbite à quelques jours d'intervalle. Il rapporte que le diagnostic en fut particulièrement difficile, et même dans le second cas il avait cru à un exostose orbitaire.

OBSERVATION LXXVI. — **Æconomopoulos**, 1898. — *Recueil d'ophthalmologie, 1898, p. 510.*

Madame A. P. âgée de 30 ans, prise au mois d'août de douleurs dans l'orbite gauche qui commença à proéminer et à se diriger vers le front.

En décembre, les douleurs et l'exophtalmie augmentèrent, en même temps, la vue commença à se troubler.

En février 1898, l'œil fait une saillie énorme en avant et en haut. Les mouvements du globe sont très restreints. La paupière inférieure est renversée. La cornée et l'iris sont sains. La papille est mal limitée ; ses vaisseaux sont flexueux, gros. La vue est abolie même à toute perception lumineuse.

On pratique une ponction et on retire un liquide très clair. De suite après, on fait une incision sous la conjonctive parallèle aux bords libres de la paupière inférieure. Le kyste se rompt ; on en excise les parois le plus possible, et on retire du fond de la poche une hydatique de volume d'une grosse noix.

Quinze jours après, la malade était guérie, et la vue revenait.

OBSERVATION LXXVII. — **Varese**, 1898. — *Archives d'ophtalmologie*, 1898, p. 68.

« Le kyste adhérait à la paroi supéro-interne de l'orbite.
« On en pratiqua l'énucléation. Dans le liquide on ne trouva
« pas de crochets, mais beaucoup de chlorures. La paroi
« du kyste se présentait au microscope composée de plu-
« sieurs couches superposées, amorphes, caractéristiques ».

OBSERVATION LXXVIII. — *Société anatomique, année* 1889, 6^e série, t. I. p. 592. *Malade opérée par M. L. Championnière, observation recueillie par M. Kerdidy, interne des hôpitaux.*

Jeune femme de 21 ans, réglée à 14 ans, mariée à 19, aucun antécédent à noter ni personnel ni héréditaire.

Le 17 août 1898, étant au 6^e mois de sa 1^{re} grossesse elle a une peur violente, et le lendemain même son œil gauche devient subitement gros et douloureux. La douleur a commencé au niveau de l'angle interne de l'œil pour de là s'irradier tout autour de l'orbite dans la zone de l'ophtalmique. A côté de cette douleur continue, il faut noter des maux de tête extrêmement violents s'étendant à toute la moitié gauche de la tête et survenant à n'importe quelle heure du jour et de la nuit au point d'empêcher la malade de dormir. En même temps, la vue de la malade s'est troublée, puis elle a baissé considérablement, pour arriver le 24 mai dernier à la cécité.

En décembre 1898 elle eut une fille bien portante.

Trois semaines après elle alla consulter le D^r Galezowski lequel prescrivit des frictions mercurielles en même temps que des révulsifs : ventouses sur le dos, quatre tous les deux jours, vésicatoires et sangsues sur la tempe et sur le front du côté malade. De plus on fait à la malade 2 injections de tannate de mercure l'une à la joue, l'autre au poignet gauche.

Ce traitement qui a duré jusqu'au 26 avril semble avoir soulagé la malade dont les douleurs avaient diminué, mais sans amener de modification à l'exophtalmie et à la vision.

Le 26 avril elle vint consulter le Prof. Panas qui fit continuer le même traitement, le résultat reste aussi précaire : Enfin le :

24 mai, la malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe n° 18.

Ce qui frappe en elle tout d'abord c'est une exophtalmie énorme de l'œil gauche. On aurait dit une luxation du globe oculaire. La conjonctive est enflammée, très congestionnée

et la cornée présente des lésions assez marquées pour expliquer l'affaiblissement et depuis le 24 mai l'abolition de la vision.

Il n'existe aucune déformation osseuse, pas plus du côté de l'orbite que du côté de la région temporale qui est rouge et légèrement œdématiée.

Œil droit normal.

On devine en somme une tumeur siégeant dans l'orbite et refoulant en avant le globe de l'œil ; mais elle n'est nullement perceptible à la palpation. Aussi porte-t-on le diagnostic de sarcome.

L'état de la malade est bon, l'intervention décidée.

12 juin 1899. — Opération.

Après anesthésie, les sourcils sont rasés et la région bien nettoyée. M. Championnière trace au niveau du rebord supérieur de l'orbite une incision allant de la région temporale pour s'arrêter à l'angle interne de l'œil. La peau disséquée, il récline en bas le globe de l'œil. Jusque-là, on n'aperçoit rien de la tumeur. Il décolle alors le périoste du rebord orbitaire et il en fait sauter 10 à 15 millim. à la gouge et au maillet. On voit alors apparaître une tumeur jaunâtre, lisse, tendue et résistante. M. Championnière cherche à disséquer et à la libérer ; mais au cours des manœuvres elle se rompt et il s'en échappe une certaine quantité de liquide jaunâtre semblable à celui d'un hydrocèle, en même temps qu'une membrane blanchâtre hyaline qui met sur la voie du diagnostic anatomique.

Le kyste une fois vidé est pincé, disséqué et enlevé. Il adhère fortement au fond de l'orbite. La plaie est suturée et pansée.

Les douleurs sont complètement disparues ; l'œil remis en place.

La membrane blanchâtre examinée par M. Monthus présente la constitution habituelle des membranes hydatides.

Ses dimensions sont : longueur, 3 centim. : hauteur, 2 cm. 5 ; l'épaisseur de la paroi, 0,005 mm.

OBSERVATION LXXIX. — **Blasek**, 1899. — *Zwei Fölle von Echinococci der Augenhöhle* (*Wien Klin Wochense.*)

OBSERVATION LXXX. — **Sciemmi**, 1889. — (*Messine*), *Congrès de la Société italienne d'ophtalmologie* (*Turin, octobre 99*).

Femme 37 ans, fut prise de douleurs intenses dans l'œil, et 6 mois après la vue s'éteignit. Elle a une exophtalmie inféro-temporale, due à une tumeur dure, lisse, immobile située sur le bord supéro-interne de l'orbite.

A l'ophtalmoscope, on trouve les symptômes de la névrite optiques avec des veines très fluctuantes et dilatées.

Le docteur Sciemmi incise cette tumeur ; il ouvre une vessie renfermant plusieurs centim. cubes d'eau très limpide, riche en chlorures. Il excise la membrane ; il n'y avait ni petits kystes, ni crochets. C'était un acéphalocyste. Le docteur Sciemmi dit que pour lui la névrite optique doit être plus tôt attribuée aux ptomaines hydatiques qu'à la tumeur elle-même.

OBSERVATION LXXXI. — **Lavagna**, 1900. — *Congrès ophtalmologique de Paris, août 1900.*

OBSERVATION LXXXII. — **Wagenmann**, 1100. — *Revue générale d'ophtalmologie*, 1900, p. 186.

Enfant de 6 ans.

La tumeur fut excisée, et on trouva un kyste suppuré sous la conjonctive qui avait déplacé l'œil en bas et en dedans.

La paupière était ptosique, et l'œil immobile en haut.

Vue : 1/4.

L'Echinocoque était mort spontanément et était en train de se résorber.

Après l'opération, il y eut une forte inflammation purulente.

Le malade conserva son ptosis, et son impossibilité de regarder en haut.



Conclusions

1°) Sous le nom de kystes hydatiques de l'orbite on a longtemps confondu les deux vers vésiculaires qui leur donnent naissance, c'est-à-dire les Echinocoques et les cysticerques. Il importe de les différencier, et de supprimer un nom qui prête à la confusion. Aussi est-il plus logique d'appeler ces kystes : Kystes à Entozoaires.

2°) Les kystes à cysticerques sont excessivement rares, en France on n'en cite que 3 cas. Les kystes à échinocoques, sans être fréquents, sont bien moins rares ; et il est probable qu'ils ont longtemps échappé aux yeux des chirurgiens.

3°) Leur diagnostic est en effet très délicat ; et il devient presque impossible dans le cas de suppuration du kyste ; ils présentent alors la symptomatologie des sarcomes de l'orbite.

4°) Un bon moyen de diagnostic est la ponction. Mais cette ponction doit être faite très aseptiquement pour éviter de faire suppurer le kyste, et de plus doit

être évacuatrice afin que le liquide hydatique ne s'épanche pas dans le tissu cellulaire.

5°) Si l'entozoaire est mort, on ne paraît pas avoir de tendance à s'enflammer, l'injection au sublimé peut amener la guérison.

6°) Mais si une ou deux injections ne sont pas suivies de succès, il faut recourir à l'extirpation, méthode de choix, facilité s'il en est besoin, par l'opération de Krönlin.

7°) Nous faisons une réserve en faveur de l'électropuncture que nous souhaitons vivement voir employer.

Vu : Le Président de la Thèse,
LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
P BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index bibliographique

- ABADIE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite.
— (Union médicale, Paris 1887, 969-971).
- ACHARD. — Intoxication hydatique (Archives générales de médecine, 1888).
— Intoxication hydatique (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1894).
- ASTRUC. — Traité des tumeurs.
- BAUNES. — Annales de médecine pratique (Montpellier).
- AUG. BÉRARD. — Recherches pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite (Annales d'oculistiques, 1844, tome XXII, p. 162 et 267. — Bulletin général de thérapeutique, 1884, tome XXVII, p. 276.
- BÉRLIN. — Des tumeurs de l'orbite (dans l'encyclopédie de von Græfe et Sæmisch).
- BERTHELÉ. — Kystes hydatiques des muscles de la face (Thèse de Lyon, 1896-97).
- BOGROS. — Des tumeurs intra-orbitaires (Thèse de Paris, 1854).
- BOISSET ET CHALOUZIÈRE. — Marseille médical, décembre 1892.
- BROCA. — Traité des tumeurs.
- CARLET. — Zoologie médicale.

- CHAILLOUX. — Opération de Krönlein (Thèse de Paris, 1900).
- CHAUYEL. — Dictionnaires des sciences médicales (orbite).
Compendium de chirurgie.
- DARIER. — Tumeurs (Bulletin de la société d'ophtalmologie, 1894, p. 126).
- DARIER. — Diagnostic différentiel des tumeurs de l'orbite (Archives d'ophtalmologie, 1897).
- DAVAINE. — Traité des entozoaires, 1877, p. 672.
- DEBOVE. — De l'intoxication hydatique (Bulletin de la Société médicale, 1888).
- DEGUY. — Traitement des kystes hydatiques (Revue générale de clinique et thérapeutique, 1898).
- DEMARQUAY. — Traité des tumeurs de l'orbite, 1860.
- DESMARES. — Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, 1874.
- DEVAL. — Traité d'ophtalmologie.
- DIEU. — Documents relatifs à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite (Recueil d'ophtalmologie, 1883-1884).
- DUGENET. — Des tumeurs de l'orbite (Thèse de Paris, 1852).
- FLEYS. — Essai sur les signes et diagnostic des tumeurs intraorbitaires (Thèse de Paris, 1865).
- FRENKE. — In archiv. f. gesamt medicin.
- GACITUA. — Essais sur les kystes de l'orbite (thèse de Paris, 1877).
- GUÉRAULT. — Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord... maladie hydatique des Islandais (th. de Paris, 1857).

- MACKENSIE. — Traité des maladies de l'œil, traduit par Varlomont-Testelin, 1856.
- MANDOUR. — Kystes hydatiques de l'orbite (thèse de Paris, 1895).
- MONTPELLIER MÉDICAL. — Contribution à l'étude des tumeurs oculaires et périoculaires (supplément de 1842).
- O'FERRAT. — Des tumeurs de l'orbite (Dublin, Hosp Gazette, 1846).
- OLLIVIER. — Union médicale, 1887, p. 89).
- PANAS. — Traité des maladies des yeux (tome II).
- ROCHES, SANSON ET LENOIR. — Eléments de pathologie médico-chirurgicale, 1833.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Diagnostic et traitement des tumeurs orbitaires (Gazette des hôpitaux, 1896).
- ROGNETTA. — Traité pathologique et clinique d'ophtalmologie, 1880-1895.
- SCARPA. — Traité des maladies des yeux (traduit par Bousquet et Bellanger, t. II, p. 186).
- SICHEL. — Iconographie ophtalmologique des maladies de la vue, 1852-59.
- TAVIGNOT. — Réflexions pratiques sur les tumeurs développées dans l'orbite (Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1848, tome 21).
- TERSON. — Annales d'oculistique, 1893, 1895.
- VERNEUIL. — Congrès de Paris, 1867.
- VIRON. — Archives de médecine expérimentale, 1892.
- DE WECKER. — Traité complet d'ophtalmologie (t. IV).
— Thérapeutique oculaire, p. 731.
- VON GRAEFE. — Cliniques ophtalmologiques.
- VON GRAEFE ET SOEMISCH. — Encyclopédie.

L BOYER, imprim. de la Fac. de médecine, 15, rue Racine, Paris.

